São Tomé e Príncipe

Inquérito Demográfico e Sanitário

2008-2009

REPÚBLICA DEMOCRÁTICA DE SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE

Inquérito Demográfico e Sanitário
(IDS STP 2008-2009)

Instituto Nacional de Estatística
Ministério da Saúde
São Tomé, São Tomé e Príncipe

MEASURE DHS
ICF Macro
Calverton, Maryland, U.S.A.

Julho de 2010

Análise do relatório:
Mohamed Ayad
M’hamed Ayed
Badressalem Bel Hadj Ali
Monique Barrère
Helder Salvaterra
Elsa Cardoso
Jose Manuel Carvalho
Maria Elizabeth Carvalho

Revisão do relatório
Mohamed Ayad
Victória Menezes D'Alva
Jose Manuel Carvalho
Helder Salvaterra
Elsa Cardoso
René Charles Sylva

Tradução do francês para português
René Charles Sylva

Este relatório apresenta os principais resultados do Inquérito Demográfico e Sanitário em São Tomé e Príncipe (IDS STP), realizado de Setembro de 2008 a Março de 2009, pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) e pelo Ministério da Saúde.

O IDS STP é um projecto do governo da República Democrática de São Tomé e Príncipe (STP), cujos objectivos são recolher, analisar e divulgar informações relativas à fecundidade, à mortalidade das crianças menores de cinco anos, ao planeamento familiar, à saúde materna e infantil, ao paludismo, aos conhecimentos, comportamentos e atitudes em relação ao VIH/sida, às IST, à violência doméstica, as medidas antropométricas, bem como medir a prevalência da Anemia, da Hepatite B e do VIH/sida. As informações obtidas permitem avaliar o impacto dos programas implementados e planificar novas estratégias para a melhoria da saúde e do bem-estar da população.

O inquérito teve a assistência técnica de ICF Macro, no âmbito do programa mundial MEASURE DHS. A realização do IDS STP foi possível graças ao financiamento do Governo de STP, da Agência para o Desenvolvimento Internacional dos Estados Unidos da América, (USAID), Projecto de Apoio ao Sector Social (PASS-Saúde), Banco Mundial, UNFPA, PNUD, Cooperação Portuguesa através do Projecto de Saúde para Todos, UNICEF, e a Cooperação Taiwanesado). Este relatório é a obra dos autores e não traduz necessariamente o ponto de vista, nem a política dos organismos de Cooperação.

Informações complementares sobre o IDS STP podem ser disponibilizadas pelo Instituto Nacional de Estatística, C.P. 256, São Tomé, São Tomé e Príncipe, (telefone: + (239) 22 19 82/22 13 13/ 22 21 98/ 24 18 50; Fax : + (239) 22 21 98/ 22 19 82; E-mail: nestp@cstome.net; Internet: http://www.ine.st/home.html.

Ainda, informações podem ser obtidas junto de ICF Macro., 11785 Beltsville Drive, Calverton, MD 20705, USA, (telefone: +(301) 572-0200; Fax: +(301) 572-0999; E-mail: reports@measuredhs.com; Internet: http://www.measuredhs.com).

Referência recomendada para citação:

Instituto Nacional de Estatística (INE) [São Tomé e Príncipe], Ministério da Saúde, e ICF Macro. 2010. *Inquérito Demográfico e Sanitário, São Tomé e Príncipe, IDS STP, 2008-2009*. Calverton, Maryland, USA: INE.

INDICE

Page

CAPÍTULO 12 MORTALIDADE DAS CRIANÇAS

CAPÍTULO 13 MORTALIDADE ADULTA E MORTALIDADE MATERNA

CAPÍTULO 14 CONHECIMENTO, ATITUDES E COMPORTAMENTOS RELATIVAMENTE ÀS IST/SIDA

CAPÍTULO 15 PREVALÊNCIA DO VIH E FACTORES ASSOCIADOS

CAPÍTULO 16 PREVALÊNCIA DA HEPATITE B

CAPÍTULO 17 ESTATUTO DA MULHER

CAPÍTULO 18 VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

LISTA DOS QUADROS E GRÁFICOS

CAPÍTULO 4 FECUNDIDADE

CAPÍTULO 5 PLANEAMENTO FAMILIAR

CAPÍTULO 8 SAÚDE REPRODUTIVA

CAPÍTULO 9 SAÚDE DA CRIANÇA

CAPÍTULO 10 PALUDISMO

CAPÍTULO 11 SITUAÇÃO NUTRICIONAL DAS CRIANÇAS E DOS ADULTOS

CAPÍTULO 12 MORTALIDADE DAS CRIANÇAS

CAPÍTULO 13 MORTALIDADE ADULTA E MORTALIDADE MATERNA

CAPÍTULO 14 CONHECIMENTO, ATITUDES E COMPORTAMENTOS RELATIVAMENTE ÀS IST/SIDA

CAPÍTULO 15 PREVALÊNCIA DO VIH E FACTORES ASSOCIADOS

CAPÍTULO 16 PREVALÊNCIA DA HEPATITE B

CAPÍTULO 17 ESTATUTO DA MULHER

CAPÍTULO 18 VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

PREFÁCIO

A realização do primeiro Inquérito Demográfico Sanitário o IDS 2008-2009, constitui para São Tomé e Príncipe um instrumento de transcendental importância no quadro da monitorização e da avaliação do impacto de programas sociais nomeadamente alguns programas de saúde publica implementados pelo Governo.

Além de permitir a determinação dos níveis de variáveis sócio-demográficas e sanitárias com particular ênfase para as relacionadas com a saúde reprodutiva e a sobrevivência da criança, em relação a muitas delas anteriormente estudadas o IDS-2008-2009 enquanto operação estatística representou uma ocasião ímpar para a determinação da prevalência da anemia, dos níveis de sero-prevalencia do VIH na população de mulheres de 15-49 anos e homens de 15-59 anos, bem como a prevalência do vírus da hepatite B.

Para além destes indicadores sanitários o IDS 2008-2009 ajudou a conhecer um pouco mais um fenómeno social em ascensão que é a violência com base no género que afecta bastante e sobretudo a saúde sexual e reprodutiva das mulheres.

Os resultados deste inquérito revelam ganhos extraordinários na saúde em São Tomé e Príncipe, mas também desafios que a todos interpelam, ao estado, ao Governo, as comunidades, as famílias, ao cidadão e a sociedade em geral.

Os dados indicam que o nível de fecundidade das mulheres são-tomenses ainda é elevado situando-se em 4,9 filhos por mulher e sendo a prevalência contraceptiva de cerca de 38%. 98% das mulheres grávidas assistiram ao menos a uma consulta pré-natal e 82% das mesmas foram assistidas no parto por um pessoal qualificado. A cobertura vacinal das crianças de São Tome e Príncipe é alta. O acesso ao tratamento das principais doenças da infância e à practica do aleitamento materno exclusivo é boa o que tem contribuído para a redução das taxas de mortalidade infantil rumo ao cumprimento de um dos ODM. Não obstante prevalecem ainda indicadores que nos deixam apreensivos como a prevalência da anemia nas crianças (62%) e respeitante ao estado nutricional das mesmas. 29% de crianças sofrem de malnutrição crónica.

Pela abrangência do inquérito, o nível de informação sobre o VIH/sida pode ser considerado bom: todos os cerca de 100% das pessoas conhece ou ouviu falar do VIH. A prevalência do VIH em São Tome e Príncipe é de 1,5%. A prevalência do VHB é de cerca de 6,1% nas mulheres e 10% nos homens dos 15-49 anos.

Como teria dito anteriormente os resultados deste inquérito encorajam-nos. Os trabalhos realizados ao longo dos anos mas deram frutos positivos. Todavia, coloca-nos a todos importantes desafios para o futuro. A reorientação das nossas estratégias programáticas com vista a satisfação total das necessidades das nossas populações em particular os grupos vulneráveis e mais desfavorecidos se nos impõe e eu acredito que com o trabalho abnegado de todos e de cada um atingiremos os objectivos preconizados.

Assim, endereço os agradecimentos às populações de mulheres e homens que colaboraram nesta pesquisa, permitindo assim a sua realização.

Em nome do Governo de São Tome e Príncipe quero também endereçar os sinceros agradecimentos a todas instituições estatais nomeadamente o INE e a DCS através do Programa de Saúde Reprodutiva, bem como a todos os nossos parceiros de desenvolvimento pelo contributo dado para o sucesso deste inquérito, particularmente o UNFPA, o UNICEF, o PNUD, o Banco Mundial, à Cooperação Portuguesa através do Projecto Saúde para Todos, a Embaixada da China-Taiwan e à Macro International, esta ultima, pela assistência técnica em todas as fases da pesquisa.

Finalmente os nossos agradecimentos aos técnicos do INE e do Ministério da Saúde que não pouparam esforços para o sucesso desta operação de grande envergadura. Os nossos agradecimentos são também extensivos aos agentes supervisores, aos controladores, inquiridores, agentes de digitação e condutores que permitiram a recolha dos dados e a sua exploração.

Bem-haja a todos

O Ministro da Saúde

Dr. Arlindo Vicente de Assunção Carvalho

AGRADECIMENTOS

É com grande satisfação que o Instituto Nacional de Estatística e o Ministério da Saúde, apresentam os resultados finais do Inquérito Demográfico Sanitário (IDS) tecnicamente coordenado pela Macro-Internacional, cujos dados foram recolhidos de Setembro de 2008 à Fevereiro de 2009.

Este relatório apresenta os principais resultados do Inquérito relativamente aos aspectos demográficos, saúde materno-infantil, com destaque a planeamento familiar VIH/sida a nível nacional.

Com a realização deste inquérito que faz parte de um Programa Internacional de Inquéritos Demográfico Sanitários (IDS), São Tomé e Príncipe junta-se pela primeira vez a lista de países que já o realizaram.

O INE expressa os seus profundos agradecimentos à todas as entidades que contribuíram para a realização deste projecto com sucesso, em especial ao escritório do UNFPA em São Tomé e Príncipe.

Salientamos em particular o apoio financeiro recebido da Agência para o Desenvolvimento Internacional dos Estados Unidos da América, (USAID), Projecto de Apoio ao Sector Social (PASS-Saúde), Banco Mundial, UNFPA, PNUD, Cooperação Portuguesa através do Projecto de Saúde para Todos, UNICEF, e a Cooperação Taiwanesa, por terem verdadeiramente compreendido a importância desta operação para a obtenção de informação estatística necessária para a tomada de decisões.

Desejamos também manifestar o nosso maior reconhecimento aos técnicos do INE, do Ministério da Saúde, aos supervisores, controladores, digitadores, programadores, motoristas cuja participação foi indispensável para o sucesso desta operação estatística.

Finalmente gostaríamos de agradecer a todas as famílias (homens e mulheres) que aceitaram colaborar neste inquérito.

SãoTomé, Maio de 2010

Elsa Cardoso
Directora Geral do INE

SIGLAS

ASPAF	Associação de Planeamento Familiar
BCG	Bacilo de Calmette e Guerin (Vacina anti-tuberculose)
CDC	Centers for Disease Control and prevention (Estados Unidos)
CRC	Convenção das Nações Unidas relativo aos Direitos da Criança
CTA	Combinação terapêutica com base de artemisinina
CV	Coeficiente de Variação
DCoq	Difteria, Tétano, Coqueluche
DIU	Dispositivo Intra-uterino
DR	Distrito de Recenseamento
DST	Doença Sexualmente Transmissível
IDSR (DHS)	Inquérito Demográfico e de Saúde Reprodutiva
IRA	Infecções Respiratória Aguada
ISF	Índice Sintético de fecundidade
ISFD	Índice Sintético de Fecundidade Desejada
IST	Infecção Sexualmente transmissível
MAMA	Método do Aleitamento Materno e Amenorreia
MII	Mosquiteiro Impregnado de Insecticidas
MNN	Mortalidade Neonatal
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAV	Programa Alargado de Vacinação
PF	Planeamento familiar
PNN	Mortalidade pós-neonatal
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
REPS	Raiz Quadrado do Efeito do Plano de sondagem
RGPH	Recenseamento Geral da População e da Habitação
SCR	Solução caseira recomendada
SIDA	Sindroma de Imuno-Deficiência Adquirida
SRO	Soro de Re-hidratação Oral
STP	São Tomé e Príncipe
TBN	Taxa bruta de Natalidade
TGF	Taxa Global de Fecundidade
TRO	Terapia de Re-hidratação Oral
UEP	Unidade Estatística Primária
UNFPA	Fundo da Nações Unidas para a População
UNGASS	United Nations General Assembly Special Session
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
USAID	Agência Americana para o Desenvolvimento Internacional
VIH	Vírus da Imuno-deficiência Humana

RESUMO

O Inquérito Demográfico e Sanitário de São Tomé e Príncipe (IDS-STP) é o primeiro inquérito do género realizado no país. O IDS-STP é um inquérito por amostragem, com uma representatividade nacional, promovido pelo Governo de STP e liderado pelo Instituto Nacional de Estatística (INE), com assistência técnica de ICF Macro, uma instituição de cooperação americana encarregada do programa Internacional de Pesquisas Demográficas e de Saúde (IDS). O projecto IDS-STP recebeu apoio financeiro da Agência para o Desenvolvimento Internacional dos Estados Unidos da América (USAID), Projecto de Apoio ao Sector Social (PASS-Saúde), Banco Mundial, UNFPA, PNUD, Cooperação Portuguesa através do Projecto de Saúde para Todos, UNICEF e a Cooperação Taiwanesa.

O IDS-STP fornece informações sobre os níveis de fecundidade, a actividade sexual, as intenções reprodutivas (preferências em matéria de fecundidade), o conhecimento e a utilização dos métodos de planeamento familiar, as práticas de aleitamento materno, o estado nutricional das mulheres e das crianças menores de cinco anos, a mortalidade infantil, a mortalidade materna, a saúde da mãe e da criança, e sobre os conhecimentos, atitudes e comportamentos em relação à sida e outras infecções sexualmente transmissíveis. Novas vertentes incluídas na recolha incidem sobre a violência doméstica, o Estatuto da mulher, a utilização de mosquiteiros e os testes do VIH, da anemia e da hepatite B.

Durante o inquérito feito no terreno, de Setembro de 2008 a Março de 2009, foram inquiridas com sucesso 3.536 famílias (sendo uma taxa de resposta de 94,2%); nessas famílias, 2.615 mulheres de 15-49 anos e 2.296 homens com idades entre 15-59 foram entrevistados com sucesso e entre esses inquiridos, 2.378 mulheres e 2.110 homens com idades entre 15-49 foram realmente testados relativamente ao HIV (amostra ponderada).

As informações recolhidas no inquérito são representativas ao nível nacional, bem como por meio de residência (urbano e rural) e nas quatro regiões administrativas.

Os principais resultados desenvolvidos neste relatório encontram-se resumidos a seguir.

CARACTERÍSTICAS DOS AGREGADOS FAMILIARES

Mais de metade dos agregados familiares em STP tem electricidade (57%) e 94% tem acesso a fontes melhoradas de água potável, principalmente fontanários públicos ou água da torneira. Apenas 13% dos agregados dispõe de um retrete com autoclismo e mais de 61% das famílias não têm retrete no seu alojamento.

Esta pesquisa mostra que 39% dos chefes de agregados familiares são mulheres. Quase a metade das crianças (49%) menores de 15 anos vivem com ambos os pais biológicos e 16% não vivem com um dos pais biológicos.

FECUNDIDADE

Nível e tendência da fecundidade. Os dados do IDS-STP mostram que a fecundidade das mulheres em 2008-2009, ainda é elevada em STP. Com os níveis actuais, cada mulher daria à luz em média, até ao final da sua vida reprodutiva 4,9 filhos. Essa fecundidade é também precoce, visto que 23% das raparigas menores de 20 teve pelo menos um filho nascido vivo ou estava grávida no momento do inquérito. Em STP, menos de 1% das mulheres actualmente casadas ou em união de facto e de idade entre 45-49 anos, nunca tiveram filhos e poderiam ser consideradas estéris.

Fecundidade diferencial. Diferenças significativas em matéria de fecundidade aparecem entre os meios de residência: uma mulher urbana tem uma taxa de fecundidade significativamente menor (ISF de 4,4) do que uma mulher rural (5,5). Além disso, o número médio de filhos por mulher varia em função da região; de 4,4 crianças na Região Centro, passa para 5,7 filhos na Região Norte. Este índice também varia de acordo com o nível de escolaridade das mulheres (4,2 filhos por mulher entre aquelas que tenham atingido o nível de ensino secundário ou mais, contra 5,5 para aquelas com o nível primário) e o nível de bem-estar dos seus agregados: 3,9 filhos em média para as mulheres pertencentes às famílias mais ricas, contra 5,6 filhos para aquelas de famílias mais pobres.

NUPCIALIDADE

Entre as mulheres de 15-49 anos, 62% vivia em união (casadas ou em união de facto) na altura do inquérito, e a proporção de mulheres que ainda permanece solteira numa idade superior a 40 anos é ligeiramente superior a 1%. Além disso, a prática da poligamia é relativamente generalizada; uma em cada quatro mulheres (25%) vive em união poligâmica. O início da vida em união continua precoce: 37% das mulheres com idade entre 20-49 vivia em união aos 18 anos e metade das mulheres entra em primeira união com a idade de 18,9 anos. As primeiras relações sexuais também ocorrem cedo e não são determinadas essencialmente pela entrada da vida em união; 53% das mulheres com idade entre 20-49 já tinham tido as suas primeiras relações sexuais e a metade das mulheres era sexualmente activa aos 17,8 anos.

Os homens começam a sua primeira união muito mais tarde; a idade mediana da primeira união para os homens de 20-59 anos, é de 23,4 anos. A idade na primeira relação sexual para os homens com idade entre 20-59 anos, é de 17,9 anos, o que significa que, ao contrário das mulheres, os homens começam a sua vida sexual muito antes da entrada em união.

PLANEAMENTO FAMILIAR

Conhecimento dos métodos contraceptivos. O conhecimento de métodos contraceptivos é generalizado (99% das mulheres de 15-49 anos conhece, pelo menos, um método moderno), e a utilização da contracepção moderna é relativamente alta em São Tomé e Príncipe (33% entre as mulheres de 15-49 anos casadas ou vivendo em união, utiliza actualmente um método moderno).

Prevalência contraceptiva. Com efeito, a taxa de prevalência contraceptiva entre as mulheres casadas ou vivendo em união é de 38% para todos os métodos e 33% para os métodos modernos. Os métodos mais utilizados são a pílula (15%), os injectáveis (12%) e o preservativo masculino (5%).

Necessidades não satisfeitas. As necessidades em matéria de planeamento familiar são importantes para as mulheres em união. Mais de 37% das mulheres casadas ou em união de facto expressam essa necessidade, tanto para o espaçamento (19%) como para a limitação dos nascimentos (18%). Actualmente, entre as mulheres em união, 51% da demanda potencial total de planeamento familiar é satisfeita em STP. Se todas as necessidades fossem satisfeitas, a prevalência contraceptiva das mulheres em união seria de 76% ou seja, mais do que o dobro do nível actual.

SAUDE DA MÃE

No que diz respeito aos cuidados pré-natais e às condições do parto, verificou-se que para os nascimentos ocorridos nos cinco anos anteriores ao inquérito, quase todas as mães (98%) tiveram pelo menos uma consulta pré-natal com pessoal qualificado, e 72% tiveram quatro ou mais. Entre as mulheres de 15-49 anos que tiveram um filho nascido vivo, durante os cinco anos anteriores ao inquérito, mais da metade (52%) recebeu durante a última gravidez, duas ou mais doses da vacina contra o tétano neonatal, e 81% das mães com os últimos nascimentos vivos, estavam protegidas contra o tétano neonatal. Cerca de oito em cada dez nascimentos (79%) ocorreram num estabelecimento de saúde; 82% deles beneficiou da assistência de um pessoal de saúde durante o parto.

SAUDE DA CRIANÇA

A vacinação das crianças. Para a cobertura vacinal das crianças, é de notar que a grande maioria recebeu algumas vacinas: 96% das crianças de 12-23 meses recebeu o BCG; 87% recebeu as três doses da DTCoq, 87% as três da poliomielite e 84% foi vacinada contra o sarampo antes da idade de 12 meses. No total, mais de três quarto das crianças de 12-23 meses (77%) recebeu todas as vacinas do Programa Alargado de Vacinação (PAV) (sem febre amarela), antes da idade de 12 meses. Por outro lado, apenas 3% das crianças de 12-23 meses não recebeu nenhuma vacina.

Doenças da infância. Em STP, as infecções respiratórias agudas (IRA), a febre e a diarreia são os principais problemas de saúde nas crianças. Cerca de uma criança em cada dez (9%) sofria de tosse, com falta de ar, durante as duas semanas anteriores ao inquérito e 17% teve febre durante esse período. Quanto à diarreia, 16% teve um ou mais episódios de diarreia no mesmo período. Durante os episódios de diarreia, 57% das crianças recebeu uma TRO (SRO ou uma solução caseira) e em 10% dos casos, não recebeu nenhum tratamento.

POSSE E USO DE MOSQUITEIROS

O uso dos mosquiteiros é um meio eficaz de protecção contra os mosquitos que transmitem o paludismo. Para os mosquiteiros tratados com insecticida (MII), os resultados do inquérito indicam que apenas 61% dos agregados declarou possuir pelo menos um e 36% têm dois ou mais. O percentual de domicílios com pelo menos um mosquiteiro MII é maior nas zonas rurais (52%) do que urbanas (59%). Nos agregados dispondo de MII, três em cada quatro crianças menores de 5 anos, 71% de todas as mulheres de 15-49 anos e 72% das gestantes tinham dormido sob um MII na noite anterior ao inquérito.

NUTRIÇÃO

Amamentação das crianças. Quase todas as crianças (98%) nascidas durante os cinco anos anteriores ao inquérito foram amamentadas. Embora a maioria das crianças (86%) tinha sido amamentada no prazo de 24 horas após o nascimento, 12% recebeu alimentos antes do início do aleitamento.

Desmame e suplementos alimentares. A partir de 6 meses, todas as crianças deveriam receber uma alimentação suplementar. Pois, a partir dessa idade, o leite materno somente não é suficiente para o bom crescimento da criança. Em STP, uma proporção significativa de crianças consome alimentos complementares antes da idade de seis meses. Contudo, entre 6 e 8 meses, idade em que todas as crianças já deveriam estar recebendo alimentos de complemento, além do leite materno, apenas 73% são alimentadas dessa forma; na idade de 9-11 meses, esta proporção atinge quase nove crianças em cada dez (89%).

Suplemento em vitamina A. A carência de vitamina A (avitaminose A) afecta o sistema imunológico e aumenta o risco da criança morrer de doenças da infância. A avitaminose A também pode prejudicar a visão e causar cegueira nocturna nas crianças, também pode afectar a saúde das mulheres grávidas ou das lactantes. Em geral, cerca de uma criança em cada duas (48%) recebeu suplementos em vitamina A. As crianças cuja mãe tem o nível de instrução secundário ou mais (59%) foram as que mais beneficiaram deste suplemento nutricional, do que as de mãe com apenas o nível primário (45%) ou sem nenhuma instrução (35%).

Prevalência da anemia nas crianças. Os resultados do inquérito mostram que mais de seis crianças com idades entre 6-59 meses, em cada dez (62%) são anémicas: 33% de forma leve; 28%, moderada e apenas mais de 1% sofreu de anemia grave. Diferenças não desprezíveis são observadas, em função da região e do nível de escolaridade das mães.

O estado nutricional das crianças. Os índices do estado nutricional mostram que 29% das crianças sofreu de atraso de crescimento em STP e 12% sofreu de atraso de crescimento grave (índice altura-por-idade). No que diz respeito à emaciação (peso-por-altura), mais de uma criança em cada dez (11%) é atingida pela magreza sob a forma moderada ou grave. As crianças de 6-8 meses sofrem mais frequentemente deste tipo de desnutrição. De acordo

com o índice peso-por-idade, mais de 13% sofreu de insuficiência ponderal e 3% de insuficiência ponderal grave.

MORTALIDADE INFANTIL

Nível de mortalidade. Para o período mais recente (0-4 anos anteriores ao inquérito), os resultados mostram que em cada 1000 nados-vivos, 38 morrem antes de completar o seu primeiro aniversário (18‰ entre 0 e 1 mês completo e 20‰ entre 1 e 12 meses); em cada 1000 crianças de um ano, 25 morrem antes do seu quinto aniversário.

Globalmente, o risco de morrer entre o nascimento e o quinto aniversário é de 63 por mil nascimentos, ou seja cerca de 1 criança em cada 16.

Mortalidade diferencial. Os níveis de mortalidade são consideravelmente mais baixos nas cidades do que nas zonas rurais: a mortalidade infantil é de 42‰, em áreas urbanas (50‰ nas áreas rurais); para a mortalidade infanto-juvenil, os índices são, respectivamente, de 74‰ e 69‰. As crianças de mãe com o nível de ensino secundário ou mais e aquelas de mãe de agregados mais ricos também têm o risco de morte significativamente menor do que as outras.

MORTALIDADE MATERNA

A mortalidade materna é o indicador de saúde que mostra a maior disparidade entre os países em desenvolvimento e os países desenvolvidos. Na África Sub-Sahariana, uma mulher tem um risco sobre 12 de morrer durante a gravidez ou o parto, contra uma possibilidade em 4 000 nos países ricos.

A estimativa directa da taxa de mortalidade materna, dada pelo IDS-STP, para o período 1999-2008 é de 158 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos. Esta taxa é uma das mais baixas da África ao Sul do Sahara.

HEPATITE B

A infecção com a hepatite B é diagnosticada através da detecção do vírus no sangue total, o soro ou o plasma. A prevalência da infecção pelo VHB é de 6,1% entre as mulheres de 15-49 anos e de 9,3% entre os homens de 15-59 anos (10% entre os homens de 15-49 anos).

A Região do Príncipe tem menor taxa de prevalência tanto entre as mulheres (3,2%) como entre os homens (6,5%) e a maior taxa é observada na Região Centro (6,6% entre as mulheres e 11% para os homens).

VIH/SIDA

Conhecimento da Sida. O VIH/sida é conhecido por praticamente toda a população (99% das mulheres e dos homens). Globalmente, 68% das mulheres e 70% dos homens disseram que se poderia reduzir o risco de contrair o VIH/sida, usando o preservativo durante as relações sexuais e limitando as relações sexuais a um único parceiro fiel e não infectado.

A maioria das mulheres (65%) e dos homens (57%) relatou que uma mãe pode transmitir o vírus HIV para o filho através da amamentação.

Sida e estigma. O comportamento que as pessoas adoptariam perante as pessoas vivendo com o HIV/Sida é um índice do nível de estigma e discriminação contra as pessoas infectadas com o vírus. Cerca de 77% das mulheres disseram que estariam dispostas a acolher em suas casas e a cuidar de um membro da família com sida. Entre os homens com idade entre 15-49 anos, esta proporção é de 83%.

PREVALÊNCIA DO VIH

Taxa de cobertura. Os resultados do IDS-STP indicam que cerca de oito em cada dez pessoas deram algumas gotas do seu sangue para serem testadas ao VIH. A taxa de cobertura é maior entre as mulheres (88%) do que entre os homens (71%).

Taxa de prevalência. Os resultados do IDS-STP de 2008-2009 mostram que 1,5% dos adultos no São Tomé e Príncipe, com a idade de 15-49 são seropositivos relativamente ao VIH. A taxa de seroprevalência entre os homens de 15-49 anos é maior do que a das mulheres da mesma faixa etária: 1,7%, contra 1,3%. Isso indica que o rácio de infecção entre os homens e as mulheres é de 1,31 ou seja, existe 131 homens infectados para cada 100 mulheres.

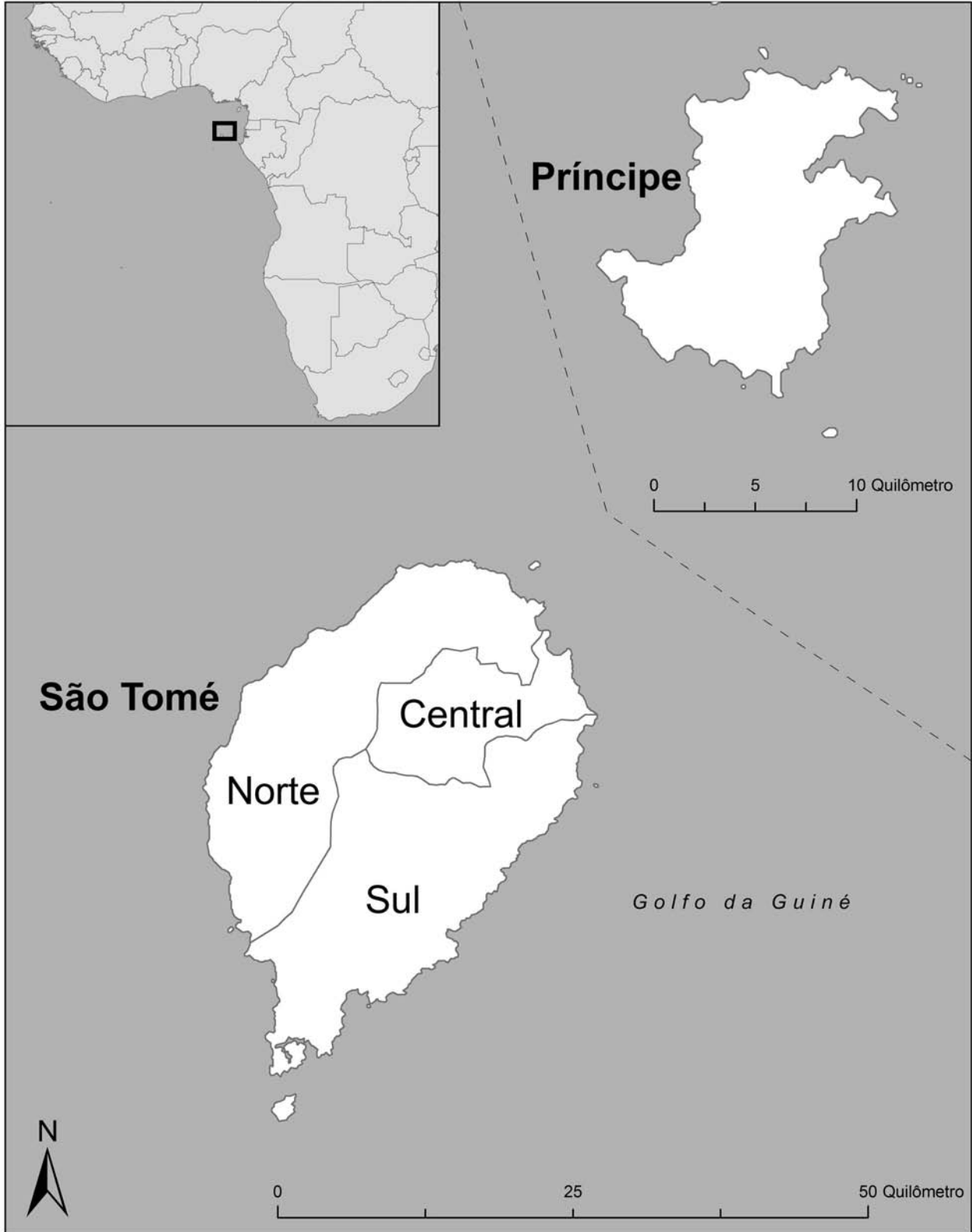
VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

Os resultados do IDS-SPT indicam que um terço das mulheres (33%) referiu ter sido vítima da violência física a um determinado momento, desde a idade de 15 anos; e em 21% dos casos, as mulheres foram vítimas de actos de violência durante os últimos doze meses. Na maioria das vezes, o autor dessa violência é o marido ou o parceiro.

Os resultados mostram globalmente que em STP, 34% das mulheres já sofreu violência emocional, física ou sexual por parte dos seus maridos ou companheiros. Ao examinar esses resultados de acordo com cada tipo de violência, podemos ver que a violência física foi a mais frequentemente declarada pelas mulheres (27%). Além disso, mais de 8% sofreu de violência sexual. Por outro lado, actos de violência emocional afectaram 23% das mulheres.

Objectivos do Milénio das Nações Unidas, IDS-STP 2008-2009				
		Valor		
Objetivo	**Indicador**	**Masculino**	**Feminino**	**Total**
1. Erradicar a extrema pobreza e a fome	Prevalência de crianças (com menos de 5 anos) abaixo do peso (%)	15,7	10,5	13,1
2. Atingir o ensino primário universal	Taxa líquida de frequência no ensino primário (%)	91,5	92,0	91,7
	Proporção de alunos que iniciam o 1.º e atingem o 6.º ano (%)	90,7	87,7	89,2
	Taxa de alfabetização na faixa etária de 15 a 24 anos (%)	94,9	89,1	91,8
3. Promover a igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres	Rácio meninas/meninos no ensino primário, secundário e superior (%)			92,1
	Rácio entre mulheres e homens alfabetizados na faixa etária de 15 a 24 anos (%)			93,8
	Percentagem de mulheres assalariadas no setor não-agrícola (%)			46,1
4. Reduzir a mortalidade infantil	Quociente de mortalidade infanto-juvenil (por mil nascimentos vivos)			62,6
	Taxa de mortalidade infantil (por mil nascimentos vivos)			25,3
	Crianças de um ano vacinadas contra o sarampo (%)	86,3	81,3	84,0
5. Melhorar a saúde materna	Taxa de mortalidade materna (por 1000 000 nascimentos vivos)			158
	Proporção de partos assistidos por profissionais de saúde qualificados (%)	80,7	82,7	81,7
	Utilização de métodos contraceptivos dos 15-49 anos (%)	-	38,4	-
	Cobertura de cuidados pré-natais (pelo menos uma consulta, e pelo menos quatro consultas) (%)	-	72,4	-
	Necessidades insatisfeitas de planeamento familiar (%)	-	37,2	-
6. Combater o VIH/sida, o paludismo e outras doenças	Taxa de prevalência de VIH/sida dos 15 -24 anos (%)	1,0	0,6	0,8
	Uso de preservativo durante as relações sexuais de alto risco (%)	63,6	54,4	60,7
	Percentagem de homens e mulheres dos 15-24 anos que conhecem os dois meios de prevenção do VIH	43.4	42.6	43.0
	Percentagem dos usuários actuais de métodos contraceptivos que estão usando o preservativo	47,1	13,4	23,6
	Rácio de frequência escolar dos órfãos em relação à frequência escolar de não órfãos, com idades entre 10-14 anos	1,1	1,0	1,1
	Proporção de crianças menores de 5 anos dormindo sob mosquiteiros tratados com insecticida	55,6	56,4	56,0
	Proporção de crianças menores de 5 anos com febre que foram tratadas com medicamentos antimaláricos adequados	8,1	8,8	8,4
7. Garantir a sustentabilidade ambiental	Proporção da população que utiliza fontes melhoradas de água potável.	99,2	88,9	94,1
	Proporção da população que utiliza instalações sanitárias	42,5	26,6	34,6

SÃO TOMÉ & PRÍNCIPE
Príncipe
0
5
10 Quilômetro
São Tomé
Central
Norte
Sul
Golfo da Guiné
N
0
25
50 Quilômetro

APRESENTAÇÃO DO PAÍS, OBJECTIVO E METODOLOGIA DO INQUÉRITO 1

Este capítulo baseia-se sobre as características gerais e geográfica do país, o objectivo central e objectivos específicos desta operação estatística, bem como a metodologia utilizada no respectivo inquérito.

1.1 CARACTERÍSTICAS GERAIS E GEOGRÁFICA DO PAÍS

A Republica Democrática de São Tomé e Príncipe é um conjunto de 2 ilhas, situada entre os paralelos 0º 01' de latitude sul e 1º 144' de latitude norte e o meridiano 6º 28' de longitude este e 7º 28' de longitude oeste de Greenwich.

Com uma superfície terrestre de cerca de 1001 km2, as ilhas de São Tomé e Príncipe são montanhosas, sendo o Pico de São Tomé, o maior com cerca de 2024 metros de altitude.

Antiga colónia portuguesa, São Tomé e Príncipe é independente desde 12 de Julho de 1975, sendo a cidade de São Tomé a capital do Pais, situada na ilha do mesmo nome.

Em 2001, a Republica Democrática de São Tomé e Príncipe tinha 137.599 habitantes, uma taxa de mortalidade infantil de **54,2%o**, de mortalidade geral de **8,3%o** e uma Índice Sintético de Fecundidade de cerca de **4,7** crianças por mulher.

Com uma população crescendo em média cerca de 1,6% ano, o que traduz numa população que ronda 158 mil em 2008, tendo no mesmo período São Tomé e Príncipe atingido um PIB de cerca de **181,3 milhões de** US $, crescendo em termos reais a uma taxa média anual de 4%, de que resulta um PIB/percapita de **1.148,6** US $. O desemprego é ainda elevado, pois atinge em 2008 cerca de 14% da população activa, o que certamente explica em parte que cerca de **15,1%** da população viva abaixo do limiar da pobreza fixado em **menos de 1** US $.

Não obstante os ganhos apreciáveis em matéria sanitária, subsistem importantes problemas de saúde pública. O paludismo constitui o principal problema de saúde pública, colocando obstáculos não negligenciáveis ao desenvolvimento do País, designadamente pela mortalidade que provoca, por contribuir negativamente para a atractividade dos produtos turísticos que o País oferece, mas também pelo seu impacto negativo na produtividade dos diversos sectores económicos, como também pelas suas implicações em matéria de despesa de saúde.

Outros problemas de saúde pública subsistem como a infertilidade, mas também as doenças sexualmente transmissíveis que em si facilitam a propagação do VIH/sida, numa situação em que a prevalência do uso do preservativo é ainda relativamente reduzida e em que reconhece-se a insuficiência da informação e educação para a saúde reprodutiva.

A República Democrática São Tomé tem, na presente etapa, fixadas as principais agendas de desenvolvimento, nomeadamente no domínio sanitário.

Assim, no início deste milénio São Tomé e Príncipe dotou-se de um Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (o primeiro), enquanto instrumento de implementação da política nacional de saúde cobrindo o período o 2001-2005, tendo como principais objectivos:

- A promoção de igualdade de oportunidades na prestação de cuidados de saúde pelo reforço do conteúdo funcional das estruturas sanitárias;
- A garantia progressiva da melhoria de qualidade na prestação dos cuidados de saúde;
- A melhoria do acesso aos serviços e humanização da prestação de cuidados de saúde e aumento da satisfação dos utentes;
- A melhoria da gestão dos recursos afectos à saúde pelo reforço da descentralização para os distritos sanitários, e uma maior diferenciação da prestação e gestão de cuidados a nível central visando a melhoria do funcionamento do sistema.

Em 2003, as autoridades de São Tomé e Príncipe adoptaram a política nacional de saúde reprodutiva e a política nacional de luta contra o VIH/sida., e consequentemente o plano estratégico de luta contra o VIH/sida e o plano estratégico de saúde reprodutiva.

A política nacional de saúde reprodutiva estipula que o desenvolvimento da investigação deverá contribuir para melhorar a saúde sexual e reprodutiva das pessoas e devem ser implementadas quer para avaliar o desempenho dos serviços assim como do impacto destes nas comunidades nomeadamente a satisfação dos utentes.

A informação estatística disponível sobre a fecundidade, a saúde reprodutiva e o VIH/sida é ainda bastante lacunária e insuficiente. A necessidade do aprofundamento do conhecimento da realidade nacional foi reconhecida em sede de instrumentos de cooperação.

É neste contexto que o Instituto Nacional de Estatística e o Ministério da Saúde da República Democrática de São Tomé e Príncipe realizaram o Inquérito Demográfico e Sanitário (IDS-2008) procurando fornecer estimativas fiáveis para vários indicadores sobre a situação actual no sector da saúde, com particular interesse à saúde reprodutiva, ao VIH/sida e às infecções sexualmente transmissíveis, agregando o teste do VIH.

Assim, o IDS-2008/09 disponibiliza informações para a avaliação de diferentes programas, e fornecer dados a partir dos quais serão traçadas novas linhas de orientação em matéria de população e desenvolvimento.

1.2 OBJECTIVOS DO INQUÉRITO

O IDS-2008/09 visa a obtenção de informações actualizadas e detalhadas sobre a fecundidade, a mortalidade das crianças menores de cinco anos, assim como sobre a saúde reprodutiva, a prevalência do VIH/sida e da Anemia e os conhecimentos e atitudes face ao VIH/sida e outras IST, incluindo a Hepatite B, mortalidade materna e informações sobre a violência doméstica.

Constituem ***objectivos específicos*** do IDS-2008/09 os seguintes aspectos:

- Conhecer os níveis e tendências da fecundidade e da mortalidade infantil e juvenil, bem como os factores determinantes da sua evolução;

- Medir as taxas de conhecimento e de prática do contraceptivo por método, por meio de residência (urbano/rural) e por região e distrito.

- Obter informações sobre número ideal de crianças e a atitude face a planificação familiar das mulheres e dos homens;

- Recolher dados de qualidade sobre a saúde materna: consultas pré-natais e pós-natais, assistência ao parto e aleitamento materno;

- Recolher dados de qualidade sobre a saúde das crianças, nomeadamente a vacinação, a prevalência de anemia, a frequência de doenças diarreicas, as infecções respiratórias agudas (IRA), a prevenção e o tratamento de outras doenças das crianças menores de cinco anos;

- Recolher dados sobre a utilização dos mosquiteiros e do tratamento do paludismo, em particular nas mulheres grávidas e crianças menores de cinco anos;

- Medir o estado nutricional das mulheres e das crianças menores de cinco anos, através de medidas antropométricas (peso e altura), e por recolha de sangue para determinar o nível de Anemia, bem como da Hepatite B;

- Recolher dados sobre o conhecimento, atitude e comportamento sexual das mulheres e dos homens, incluindo os jovens e adolescentes em relação às DST e à sida;

- Medir as taxas de mortalidade materna a nível nacional;

- Medir a taxa de prevalência do VIH a nível nacional, por meio de residência, sexo, e região e distrito;

- Recolher informações sobre a violência doméstica.

1.3 METODOLOGIA DO INQUÉRITO

A semelhança dos outros inquéritos desta natureza, a metodologia para a recolha de dados foi realizada recorrendo ao "***Método de Entrevista Directa,***" ou seja, a aplicação dos questionários foi através da "r*ecolha por entrevista directa,*" junto dos agregados previamente seleccionados, sendo o "Questionário Mulher" administrado por *Inquiridoras,* enquanto que os *Inquiridores* se responsabilizam pelo "Questionário Homem."

O IDS-2008/09 teve representatividade nacional, a nível urbano e rural, bem como a nível regional, constituindo desta forma de domínios de estudo.

Para se conseguir alcançar os objectivos preconizados com IDS-2008/09, foi necessário interrogar uma amostra de 3.000 indivíduos para cada sexo, sendo respectivamente mulheres em idade de procriar (15-49 anos) e homens de 15-59 anos.

Plano de Sondagem

Utilizou-se o método de amostragem probabilística, sistemática, estratificada e multi-etápica (2 graus), habitualmente usado neste tipo de amostras, baseada na listagem de unidades das áreas de enumeração no âmbito da grande operação estatística designadamente, o Censo 2001.

Constituiu a base de amostragem as 149 áreas de enumeração que foram seleccionadas na primeira etapa, seguindo-se dos alojamentos (*agregado familiar*) que são as principais unidades de

amostragem, por ser unidades estatísticas estáveis, de fácil identificação e relativamente simples de actualizar. Com efeito, a ***unidade estatística de amostra é o alojamento***.

O universo foi constituído por indivíduos que residem num determinado agregado familiar seleccionado, como unidade de observação principal, nos seus respectivos alojamentos previamente seleccionados.

As unidades primárias de amostragem foram constituídas por conglomerados, ou seja, 149 áreas de enumeração actualizadas durante a operação cartográfica de 2001, como suporte do terceiro recenseamento geral da população e da habitação levado ao cabo em Agosto/Setembro de 2001, foram seleccionadas sistematicamente durante a primeira etapa.

Por outro lado, as unidades secundárias da amostra que são os alojamentos, foram seleccionadas na segunda etapa como uma sub-amostra autoponderada, na qual cada alojamento terá igual probabilidade de selecção na respectiva área escolhida. A unidade de observação nos alojamentos é o agregado familiar e os indivíduos que a compõem.

A estratificação da população visou sobretudo melhorar as estimativas para o conjunto da população e assegurar uma precisão para as estimativas dos diferentes subconjuntos da população.

O desenho da amostra para o IDS-STP não incidiu na população residente em instituições não residenciais, como hotéis, hospitais, quartéis militares, etc., ou seja, visou a população dos indivíduos que residem nos agregados familiares ordinários. O tamanho da amostra a nível nacional foi de 3865 agregados. Foi uma amostra estratificada visando uma representatividade adequada dos meios de residência (*Urbano e Rural*), bem como os 4 domínios do estudo, que constitui as 4 regiões do país (*Centro, Norte, Sul e Região Autónoma do Príncipe*), permitindo disponibilizar uma estimativa de todos os indicadores chave.

Como fora já mencionado, o procedimento para a tiragem da amostra é aleatória, estratificada e a dois graus. No primeiro grau, foram extraídas as 104 áreas de enumeração, seleccionadas sistematicamente com uma probabilidade proporcional ao seu tamanho. Cada uma das áreas seleccionadas foi devidamente actualizada, fornecendo desta forma uma listagem de agregados familiares, que permitiu proceder a tiragem sistemática do segundo grau da amostra das famílias com uma probabilidade de selecção igual.

Habitualmente, nos inquéritos desta natureza, a unidade estatística central a analisar, ou seja, a ***unidade de análise é o agregado familiar***, já que se pretende, essencialmente, conhecer as características sociais e demográficas dos agregados.

O **teste do VIH** foi feito a todas as mulheres de 15-49 anos e homens de 15-59 anos de idade identificados como elegíveis através do questionário dos agregados familiares, enquanto o teste de hemoglobina foi realizado com sangue capilar em todos agregados familiares, sendo *todas as crianças menores de 5 anos, homens e mulheres elegíveis*. As crianças foram elegíveis no seio dos agregados, bem como homens e mulheres.

Também foi inquirido em 1/3 dos agregados familiares sobre questões de violência doméstica (Secção 12 do Questionário Mulher). Para esta secção, apenas 1 mulher foi seleccionada para responder as questões inseridas no respectivo módulo.

De acordo com a quadro que se segue, pode-se constatar que o respectivo estudo identificou cerca de 2.913 mulheres elegíveis, tendo por conseguinte sido inquiridas por volta de 2.615 (90%), por outro lado foram identificados cerca de 3.047 homens elegíveis, dos quais 2.296 foram inquiridos (75%).

Um total de 3.865 agregados familiares foi seleccionado no seio das 104 áreas de enumeração, sendo que destes 3.775 foram identificados e ocupados no momento do inquérito. Todavia, dos 3.775 agregados familiares identificados, 3.536 foram inquiridos com sucesso, representando uma taxa de resposta na ordem dos 94% (ver a quadro que se segue).

Quadro 1.1 Resultados da amostra

Efectivos dos agregados familiares, das mulheres e dos homens seleccionados, identificados e inquiridos, e respectivas taxas de respostas, por meio de residência, São Tomé e Príncipe 2008-2009

	Meio de residência		
Resultado	Urbano	Rural	Total
Inquérito ao agregado familiar			
Seleccionados	1 552	2 313	3 865
Identificados	1 488	2 267	3 755
Inquiridos	1 394	2 142	3 536
Taxa de resposta	93,7	94,5	94,2
Inquérito individual mulher			
Elegíveis	1 307	1 606	2 913
Inquiridas	1 173	1 442	2 615
Taxa de resposta	89,7	89,8	89,8
Inquérito individual homem			
Elegíveis	1 235	1 812	3 047
Inquiridos	935	1 361	2 296
Taxa de resposta	75,7	75,1	75,4

Instrumentos de notação e os respectivos manuais

No âmbito do IDS-2008/09 foram concebidos 3 tipos de questionários, obedecendo os critérios padronizados a nível internacional, os seja, estes questionários foram fruto da adaptação dos questionários standard, concebido pela Macro Internacional, tendo presente a realidade são-tomense. Produziu-se os questionários sobre o "*Agregado Familiar*", "*Mulher*" e "*Homem*", para além de outras fichas e suportes de apoio.

O questionário do agregado familiar visava a obtenção de informações sobre características demográficas gerais, educação, orfandade, a elegibilidade para o questionário individual homem ou mulher, a elegibilidade para teste do VIH, Anemia e Hepatite B, medidas antropométricas e o acesso do agregado à água, electricidade, fonte de energia utilizada para a cozinha, tipo de retrete, posse de alguns bens e outras características da unidade de alojamento.

O questionário individual mulher estrutura-se em 12 secções que permite recolher dados sobre mulheres de 15-49 anos. São as secções sobre: características da inquirida; reprodução; contracepção; gravidez, cuidados pós-natais e alimentação; vacinação das crianças, saúde e nutrição das mulheres e das crianças; casamento e actividade sexual; preferência em matéria de fecundidade; características do cônjuge e trabalho da mulher; VIH/sida; outros problemas de saúde; mortalidade materna; e, relações no agregado familiar (*violência doméstica*).

O questionário individual homem estrutura-se em 8 secções que permite recolher dados sobre homens de 15-59 anos. São as secções sobre: características do inquirido; reprodução; contracepção; Casamento e actividade; preferência em matéria de fecundidade; emprego e papel do sexo; VIH/sida, e; Outros problemas de saúde.

Após ter uma versão consolidada dos questionários, passou-se a fase do teste, com a realização do inquérito piloto junto às famílias previamente seleccionadas. Depois de se ter testado e analisado várias versões, a equipa técnica fez uma apresentação formal destes instrumentos durante um seminário com o objectivo de o validar. Donde se produziu a versão final para ser utilizado durante a etapa de recolha efectiva dos dados.

Formação dos agentes de terreno e digitação.

Esta acção foi realizada em várias fases, nomeadamente:

- Formação dirigida aos agentes de terreno, donde foram seleccionados alguns elementos para levar ao cabo a testagem dos instrumentos de recolha, ou seja, a realização do pré-teste junto às famílias previamente seleccionadas para o efeito. Por outro lado, durante esta fase, também foram formados os agentes de recolha de sangue e os técnicos do laboratório, através de dois consultores identificados pela Macro Internacional que visava igualmente a instalação dos equipamentos dos testes de VIH/sida, Anemia e Hepatite B. Devido aos problemas detectados com a inoperância da Cadeia Elisa, viu-se a necessidade de repetir esta missão e, consequentemente a formação, implicando desta forma uma sobrecarga no orçamento previsto;

- A segunda fase de formação dos agentes de terreno, tratou-se de uma reciclagem aos mesmos, com o objectivo de os preparar a recolha de dados efectivos no terreno. Esta acção contou com a participação activa do perito em demografia recrutado pela Macro Internacional para a realização da missão de assistência técnica.

- Esta terceira etapa, tratou-se de preparar os agentes operadores no sentido de realizarem a digitação dos dados. Apenas se formou uma equipa restrita de agentes que testaram a aplicação informática, utilizando os resultados do inquérito-piloto, durante a missão de assistência técnica do perito em informática.

Organização e preparação para arranque dos trabalhos de recolha de dados.

Para garantir a operacionalidade dos trabalhos, foram tidas em conta as seguintes acções:

- Definição e implementação de equipas de terreno (*criou-se 7 equipas de terreno a nível dos distritos de São Tomé e a Região do Príncipe*), compostas por 1 controlador, 5 inquiridores e 1 motorista, sob a supervisão directa da Equipa Técnica (*4 Supervisores*);

- Mobilização e afectação de 7 viaturas, o que contou com a colaboração do Ministério da Saúde, através dos diversos projectos (*Saúde para todos, Saúde Reprodutiva, PASS - Sector de Saúde, etc*.);

- Disponibilidades de meios financeiros com vista ao arranque efectivo dos trabalhos; e, reprodução dos questionários em números suficientes;

- Aquisição de materiais e equipamentos necessários para aplicação dos questionários no terreno;

- Redefinição do plano de sondagem, ou seja, redução do tamanho da amostra inicial, sem se influenciar na sua representatividade;

- Redefinição do tempo necessário para a recolha de dados, após o balanço feito ao longo dos primeiros trinta dias no terreno.

Operação de recolha de dados

Integra pessoal de terreno, no âmbito do IDS-2008/09, os agentes inquiridores e de recolha de sangue (INQ), e os controladores (CON). Sob a supervisão da Unidade de Operação de Recolha do Gabinete do Inquérito, constituído por 4 Supervisores.

O pessoal de terreno trabalhou sob a base do contrato de prestação de serviço, não lhe dando o estatuto do funcionário público, salvo os que já o possuem, cabendo-os:

- Localizar os agregados familiares seleccionados;
- Entrevistar os agregados seleccionados, incluindo os homens e mulheres elegíveis;
- Preencher os questionários completamente e conforme as instruções
- Entregar os questionários devidamente preenchidos ao Controlador.

A recolha efectiva dos dados no terreno teve o seu início em 2 de Setembro de 2008, em simultâneo, a nível de todos os distritos de São Tomé. Enquanto, na Região do Príncipe só teve lugar em 19 de Janeiro de 2009. É importante frisar que foi feito o pré-teste em Agosto de 2008.

Depois de se ter avaliado os primeiros trinta dias de recolha de dados, constatou-se que os 60 dias inicialmente programados não seriam suficientes para a conclusão dos trabalhos, o que levou a equipa técnica estender o período para mais 60 dias aproximadamente. Assim, a recolha de dados conheceu o seu término em Março de 2009.

Os trabalhos de terreno foram executados por 7 equipas, sendo cada constituída por: (i) 1 Controlador; (ii) 4 Inquiridores; e, (iii) 1 Técnico de Laboratório, na qualidade de agente responsável pela recolha de sangue, para além do motorista.

Uma equipa de supervisão composta por 4 Supervisores coordenou os trabalhos a nível das 4 regiões, que constituem os quatros domínios do estudo, nomeadamente: (i) Região Centro (*distritos de Água Grande e Mé-Zóchi*); (ii) Região Sul (*distritos de Cantagalo e Caué*); (iii) Região Norte (*distritos de Lembá e Lobata*); e, (iv) Região Autónoma do Príncipe.

Os inquiridores aplicaram no terreno os três tipos de instrumentos de notação concebidos para o efeito, sendo nomeadamente: (i) Questionário do Agregado Familiar; (ii) Questionário Individual Mulher; e, (iii) Questionário Individual Homem.

Os controladores tinham a incumbência de coordenar e dinamizar a sua respectiva equipa, proceder a verificação dos questionários preenchidos antes de ser submetido ao supervisor, e apoiar na resolução de alguns problemas que eventualmente surgir no terreno, dentre outras.

Para a Região Autónoma do Príncipe, alguns membros da Equipa Técnica deslocaram à esta parcela do território nacional, com o objectivo de realizar uma acção de formação dirigida a equipa constituída por 6 agentes, seguido da recolha de dados propriamente dita no terreno.

Tratamento de dados

Constatando as dificuldades deparadas com a supervisão dos trabalhos ao longo de recolha de dados, tornou-se necessário proceder a criação de uma equipa "*ad hoc*" para se ocupar com a organização, correcção e codificação dos questionários com vista ao seu tratamento informático.

Enquanto isto, para se proceder a digitação dos dados, que por falta do informático responsável que acompanhou a missão de assistência técnica do perito informático recrutado pela Macro Internacional, viu-se na necessidade de recrutar um informático e seu colaborador, mais uma equipa de 16 agentes (*2 Supervisores, 2 editores de "bureau", 2 editores secundário, 8 digitadores e 2 analistas do laboratório*), quadros do INE e do Ministério da Saúde, para se ocuparem com a digitação dos dados recolhidos.

Deparou-se com algumas peripécias durante nesta fase, pelo facto do informático que havia sido preparado por um consultor da Macro ter deixado de trabalhar no INE, o que levou a repetição da missão de assistência técnica, com vista a munir os novos técnicos com conhecimento suficiente para levar ao cabo esta árdua tarefa e de estrema importância.

Estruturas operacionais

A realização do Inquérito Demográfico compreende a montagem do quadro institucional que inclui a criação, e a operacionalidade do Comité de Ética, do Comité de Pilotagem e do Gabinete do IDS, a actualização da base de sondagem, a preparação dos documentos técnicos e metodológicos, o Inquérito Piloto e estudo da aceitabilidade do teste do VIH, a formação da equipe de terreno, a recolha propriamente dita, o tratamento, a analise e a publicação dos resultados definitivos.

O IDS-2008/09 foi executado por um Gabinete sedeado no INE e integrando técnicos do INE e do Ministério da Saúde (*Direcção dos Cuidados Primários da Saúde*).

Gabinete do IDS-2008/09

Este Gabinete é a estrutura técnica de execução do projecto Inquérito Demográfico e Sanitário 2008/09 e funciona integrado no Instituto Nacional de Estatística. *Teve como Coordenador Técnico, o Director de Estatísticas Demográficas e Socais do INE.*

Este gabinete compreendeu três seguintes unidades:

- **A Unidade de Metodologia, Operações e Análises** que é a estrutura de concepção metodológica, de organização e execução das operações de terreno e de análise dos dados, incluindo as relacionadas com a componente biológica do inquérito;

- **A Unidade de Informática** que é a estrutura responsável pela concepção e implementação do sistema de tratamento dos dados do inquérito.

- **A *Unidade de Sensibilização*** é a estrutura que superintende a sensibilização das autoridades, parceiros e da população em geral, visando total adesão da sociedade ao Inquérito. É também a estrutura que planeia, concebe e executa a campanha de comunicação e sensibilização.

O Departamento Administrativo e Financeiro do INE assegurou a componente administrativa e financeira do projecto.

Comité de Ética

O Comité de Ética, é uma entidade independente multi-sectorial que tem por atribuição assegurar a salvaguarda da dignidade, dos direitos, da segurança e do bem-estar de todos os potenciais participantes aos testes do HIV e da hemoglobina no quadro do IDS-2008/09. O Comité de Ética integrou:

- 1 Representante da associação dos médicos de São Tome e Príncipe;
- 1 Representante da organização representativa dos advogados;
- 1 Representante da entidade ligada aos direitos humanos e cidadania;
- 1 Representante das confissões religiosas;
- 1 Representante das Federação das ONG's de São Tomé e Príncipe (FONG) e
- 1 Representante das instituições de ensino superior.

Compete ao Comité de Ética:

- Proceder ao exame independente, competente e diligente dos aspectos éticos que implique a agregação dos testes do VIH e da hemoglobina, antes da realização do inquérito;
- Assegurar o controlo da observância das normas de ética aplicáveis ao IDS-2008/09, no decurso da recolha de dados e de sangue, assim como durante o teste laboratorial e o tratamento e a difusão dos dados do inquérito;
- Realizar outras diligências julgadas necessárias ao cabal desempenho da respectiva missão, bem como aprovar o respectivo.

O Comité de Ética é, pela sua composição, procedimentos e modos de tomada de decisão, independente de todas e quaisquer influências políticas, institucionais, profissionais e económicas.

O Comité de Ética tinha a incumbência de emitir pareceres, nomeadamente sobre as garantias aos inquiridos, as modalidades de observância da confidencialidade, assim como a verificação regular do cumprimento das normas de ética aprovadas.

O Comité de Ética assegurou as responsabilidades referidas no ponto anterior, por meio de um protocolo de ética que celebrou com o Gabinete do IDS-2008/09 e das reuniões regulares que realizou com este.

O Comité de Ética foi criado por Despacho Conjunto dos Ministros de Plano e Finanças e de Saúde, antes da aprovação formal do projecto. Assim, foram imediatamente nomeados os seus membros por proposta das entidades que integra, devendo estes analisar o documento do projecto e o essencial dos protocolos da pesquisa, emitir o competente parecer, que será devidamente acolhido pelo Decreto do Conselho de Ministros que aprovará o projecto.

Comité de Pilotagem

O Comité de Pilotagem é uma entidade autónoma e independente multi-sectorial a quem incumbe a fixação dos objectivos do projecto, o controlo de execução e a validação do conteúdo, da metodologia e dos dados do inquérito.

Compete ao Comité de Pilotagem:

- Proceder ao exame do documento do projecto e proceder à aprovação dos objectivos específicos, bem como da cobertura geográfica;
- Validar os instrumentos de notação, os manuais e outros instrumentos técnicos e metodológicos do IDS-2008/09;
- Validar os planos de tubulação e análise dos dados do IDS-2008/09;
- Validar os resultados do Inquérito Piloto e do Inquérito principal;
- Assegurar o controle de execução IDS-2008/09.

O Comité de Pilotagem integrou 1 representante de cada uma das seguintes entidades:

- Direcção de Cuidados de Saúde – que presidiu o Comité de Pilotagem (Director de Cuidados de Saúde)
- INE – que assegurou o secretariado do Comité de Pilotagem (Director-Geral do INE)
- Instituto da Juventude
- Instituto Nacional de Equidade e Igualdade de Género
- Direcção do Planeamento do Ministério do Plano e Finanças
- Programa Nacional de Luta contra o Sida
- Observatório da Redução da Pobreza
- Associação de Planeamento Familiar (ASPAF)
- UNFPA – cabeça de fila dos parceiros
- UNICEF, OMS e PNUD

As respectivas estruturas foram devidamente montadas e implementadas. Neste sentido, foram institucionalizadas o Gabinete do IDS (*Equipa técnica de execução, sob a coordenação geral e técnica do INE*); o Comité de Ética, entidade independente e o Comité de Pilotagem, entidade autónoma e independente, presidida pela Direcção dos Cuidados Primários de Saúde. O Gabinete do IDS-2008/09, funcionou na qualidade da equipa técnica.

As estruturas criadas funcionaram na medida de possível. O Comité de Ética produziu o relatório final dos seus trabalhos, que incluiu dois documentos sobre a Ficha de Consentimento Esclarecido para Teste do VIH, Hepatite B e Hemoglobina, bem como o Protocolo celebrado ente o respectivo comité e o Gabinete do IDS-2008/09.

CARACTERÍSTICAS DOS AGREGADOS FAMILIARES 2

Este capítulo apresenta algumas características sociodemográficas e socioeconómicas dos agregados familiares inquiridos e também certas características do meio nos quais vivem esses mesmos agregados.

Todos os residentes habituais dos agregados familiares seleccionados, assim como os indivíduos que dormiram nesses agregados a noite anterior à entrevista, foram listados utilizando o *questionário agregado familiar*. As informações de base tais como: a idade, o sexo, o estado civil e o nível de instrução foram recolhidas para cada pessoa. Por outro lado, perguntou-se a cada pessoa se ela era realmente um membro do agregado familiar ou apenas um visitante e se tinha dormido ali a noite anterior ao inquérito. Isto permitiu apresentar os resultados para a população de direito, ou seja os que residem habitualmente nesses agregados e para a população de facto, ou seja os que estavam presentes no agregado no momento do inquérito.

2.1 ESTRUTURA POR IDADE E POR SEXO DA POPULAÇÃO

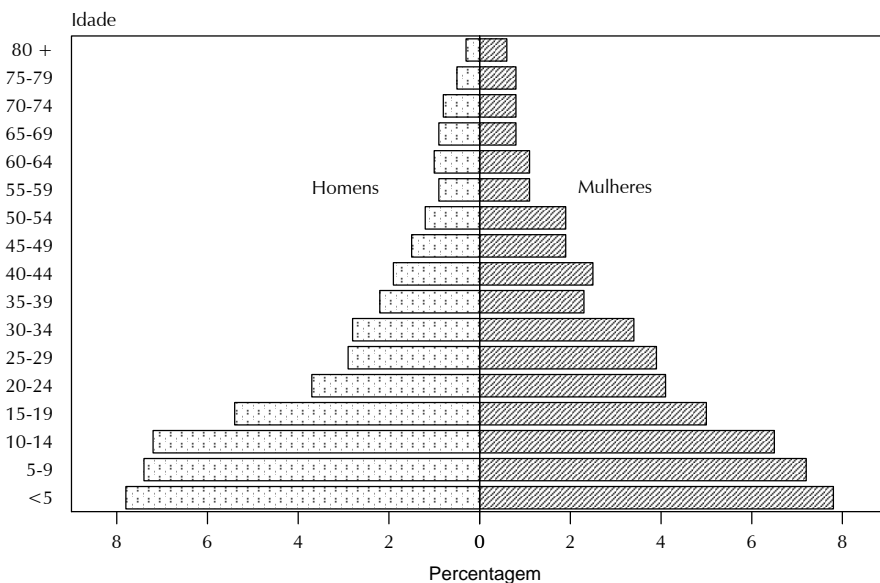
Dos 7.412 agregados familiares inquiridos com sucesso (taxa de resposta de 94%), 13.462 pessoas residentes de facto foram recenseadas, quer dizer que essas pessoas pernoitaram no agregado seleccionado mesmo que este não seja a sua residência habitual. Em primeiro lugar, podemos constatar no um desequilíbrio da estrutura por sexo. Assim, a relação de Quadro 2.1 masculinidade que é de 94 homens contra 100 mulheres indica uma sub-representação dos homens em relação às mulheres. Esta sub-representação dos homens em relação às mulheres é sem dúvida nenhuma, resultante de fenómenos migratórios que tocam essencialmente os homens.

Quadro 2.1 População dos agregados familiares por grupo etário, sexo e meio de residência

Distribuição percentual da população (de facto) nos agregados familiares por grupos etários quinquenais, por meio de residência e por sexo, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

	Urbano			Rural			Total		
Grupos etários	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Total
<5	15,9	14,2	15,0	16,3	16,0	16,1	16,1	15,0	15,6
5-9	14,7	13,2	13,9	15,7	14,8	15,2	15,2	14,0	14,6
10-14	16,2	12,6	14,3	13,6	12,5	13,1	14,9	12,6	13,7
15-19	10,9	10,3	10,6	11,6	9,1	10,4	11,2	9,7	10,5
20-24	8,1	7,7	7,9	7,2	8,2	7,7	7,6	7,9	7,8
25-29	5,7	8,1	7,0	6,2	6,9	6,6	6,0	7,6	6,8
30-34	5,8	6,7	6,3	5,7	6,5	6,1	5,8	6,6	6,2
35-39	4,2	4,1	4,1	5,0	4,8	4,9	4,6	4,4	4,5
40-44	4,2	5,3	4,8	3,6	4,2	3,9	3,9	4,8	4,4
45-49	3,3	4,2	3,8	3,1	2,9	3,0	3,2	3,6	3,4
50-54	2,8	3,5	3,2	2,2	4,0	3,1	2,5	3,7	3,1
55-59	2,2	2,0	2,1	1,5	2,1	1,8	1,8	2,1	2,0
60-64	1,7	1,8	1,8	2,3	2,5	2,4	2,0	2,2	2,1
65-69	1,3	1,5	1,4	2,2	1,8	2,0	1,8	1,6	1,7
70-74	1,4	1,4	1,4	2,1	1,8	1,9	1,7	1,6	1,6
75-79	1,0	1,9	1,5	1,0	1,0	1,0	1,0	1,5	1,2
80 +	0,6	1,4	1,0	0,7	0,8	0,8	0,7	1,1	0,9
Não sabe/sem informação	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Todos	3 190	3 662	6 852	3 327	3 283	6 610	6 517	6 945	13 462

Por outro lado, a análise da estrutura por idade revela que a população de STP é jovem: 44% tem menos de 15 anos e apenas 5% tem mais de 65 anos. Esses resultados estão em conformidade com os observados no recenseamento da população de 2001. A configuração da pirâmide etária (gráfico 2.1) apresenta uma base relativamente alargada, que se retrai à medida que avançamos para as idades mais avançadas e revelando a juventude dessa população. Esta forma da pirâmide etária é igualmente característica das populações com forte fecundidade e elevada mortalidade, apesar de uma tendência pela redução.

Gráfico 2.1 **Pirâmide de idades da população**

Por outro lado, a estrutura por idade apresenta pouca irregularidade ao nível de cada género excepto o défice dos homens sublinhado anteriormente. Contudo, para a população feminina, podemos observar um aumento dos efectivos de 40-44 anos, em detrimento do grupo etário dos 35-39 anos. Isto deve-se, certamente, a uma transferência de efectivos do grupo 35-39 anos para o grupo de 40-44 anos.

2.2 TAMANHO E COMPOSIÇAÕ DOS AGREGADOS FAMILIARES

2.2.1 Sexo do chefe do agregado familiar

Os resultados do quadro 2.2 revelam que no seu todo, em STP, a maioria dos agregados familiares é chefiada por homens. Assim, em 61% dos casos, as famílias têm na sua chefia um homem; contudo, cerca de quatro agregados em cada dez (39%) o chefe é uma mulher. Esta proporção é mais elevada no meio urbano do que no meio rural: 43% contra 35%. Para além disso, a proporção de agregados familiares chefiados por mulheres em STP é de entre as mais elevadas em África.

Quadro 2.2 Composição dos agregados familiares

Distribuição percentual dos agregados familiares segundo o sexo do chefe do agregado e o tamanho do agregado; tamanho médio do agregado, e percentagem de agregados com órfãos e crianças menores de 18 anos que vivem sem os pais, por meio de residência, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

Características sociodemográficas	Meio de residência		Características sociodemográficas
	Urbano	Rural	
Chefe de agregado familiar			
Homem	57,1	64,9	61,0
Mulher	42,9	35,1	39,0
Total	100,0	100,0	100,0
Número de membros habituais			
0	0,1	0,1	0,1
1	17,3	22,4	19,8
2	11,6	13,4	12,5
3	17,8	13,1	15,5
4	15,8	15,7	15,8
5	14,8	13,4	14,1
6	9,3	9,3	9,3
7	6,7	6,2	6,5
8	3,8	3,2	3,5
9+	2,7	3,2	2,9
Todos	100,0	100,0	100,0
Tamanho médio dos agregados familiares	3,9	3,7	3,8
Percentagem de agregados com crianças menores de 18 anos órfãos e não vivendo com os pais			
Crianças não vivendo com os pais[1]	21,7	18,5	20,1
Órfãos de ambos os pais[2]	0,4	0,4	0,4
Órfãos de um dos pais[3]	6,2	4,1	5,2
Crianças não vivendo com os pais ou órfão	24,1	20,2	22,1
Efectivo de agregados familiares	1 756	1 780	3 536

Nota: O quadro baseia-se na população de direito proveniente dos agregados, ou seja dos residentes habituais.

[1] As crianças não vivendo com os pais, são crianças menores de 18 anos que vivem num agregado no qual nem a mãe, nem o pai é um membro do agregado (residente de jure)

[2] Os órfãos de pai e de mãe são crianças cujos ambos progenitores faleceram.

[3] Os órfãos de pai e de mãe são crianças cujo um dos progenitores faleceu.

2.2.2 Tamanho dos agregados familiares

O quadro 2.2 apresenta igualmente o tamanho médio dos agregados familiares. Podemos constatar que os agregados familiares de STP são geralmente de uma dimensão muito pequena. Um agregado familiar conta, em média 3,8 pessoas. Não há nenhuma diferença entre a dimensão dos agregados familiares do meio urbano e do meio rural (3,9 e 3,7 pessoas, respectivamente).

2.2.3 Crianças não vivendo com os pais e órfãos nos agregados

O quadro 2.2 mostra igualmente que a proporção de crianças com menos de 18 anos não vivendo com os pais representa 20%. Esta percentagem é mais elevada no meio urbano (22%) do que no meio rural (19%). A percentagem de crianças órfãs de pai e de mãe representa somente 0,4%. Entretanto, 5% das crianças com menos de 18 anos é órfã de um dos progenitores; esta percentagem é mais elevada no meio urbano (6%) do que no meio rural (4%). Globalmente em STP, a percentagem de crianças não vivendo com os pais ou órfãos representa mais de um quinto (22%) das crianças menores de 18 anos.

Cerca de um quarto das crianças menores de 18 anos do meio urbano (24%), não vive com os progenitores ou é órfã, contra 20% no meio rural.

2.3 CONDIÇÕES DE VIDA DAS CRIANÇAS E DOS ÓRFÃOS

O quadro 2.3 apresenta as proporções de crianças com menos de 18 anos segundo o estatuto de residência com os pais e o estado de sobrevivência dos seus pais biológicos por certas características sócio-demográficas. Esses resultados mostram que um pouco menos da metade das crianças de idade inferior a 18 anos (48%) vive com os pais biológicos. Esta situação parece estar negativamente associada à idade da criança. Assim, quanto mais avançada é a idade da criança, menor é a proporção das crianças vivendo com os pais; passando assim de 51% dos com idade inferior a 4 anos, 39% entre os 10-14 anos e 35 % entre os 15-17 anos. Em 32% dos casos, as crianças com menos de 18 anos vivem somente com a sua mãe biológica mesmo estando o pai vivo ou não e, em menos de 3% dos casos, as crianças vivem somente com o seu pai biológico, mesmo estando a mãe viva ou não.

Estes resultados revelam igualmente que em STP, uma proporção importante de crianças menores de 18 anos (17%) não vive nem com o pai nem com a mãe biológica. Pode-se constatar que esta proporção aumenta rapidamente com a idade da criança, passando de 2% entre as crianças que têm menos de 2 anos para 27% entre as de idade compreendida entre 15-17 anos.

Os resultados fazem transparecer que a proporção dos órfãos com menos de 18 anos vivendo somente com a sua mãe biológica é mais elevada do que os que vivem somente com o seu pai biológico, seja qual for a característica sócio-demográfica considerada.

Por meio de residência, a proporção de crianças de idade inferior a 18 anos vivendo com os seus pais biológicos é maior no meio rural (50%) do que no meio urbano (44%). Convém observar isto em função das regiões, 55% na Região Norte e 53% na Região Sul onde observamos as proporções mais elevadas de crianças com menos de 18 anos vivendo com os seus dois pais. O nível mais baixo é observado na Região Centro (44%). Independentemente da região considerada, podemos constatar que as proporções de crianças vivendo somente com a sua mãe (variam no máximo de 32% na região centro para 27 % na Região Norte) são mais elevadas do que aquelas que vivem somente com o seu pai ou vivendo sem nenhum dos progenitores.

O quadro 2.3 apresenta igualmente a distribuição da população por estado de sobrevivência dos pais por índices de bem-estar económico do agregado familiar (Ver inferior 2.5.5).

Os resultados do quadro 2.3 mostram que a proporção de crianças vivendo com os dois progenitores é a mais baixa entre as famílias do quintil mais pobre (39%) e é a mais elevada entre as famílias do quintil mais rico (92%). Pelo contrário, a proporção de crianças vivendo somente com a mãe biológica, mesmo estando o pai vivo ou não, é em geral, negativamente associada ao nível do bem-estar do agregado familiar: ela é de 38% nos agregados mais pobres e de 20% nos mais ricos.

Quadro 2.3 Crianças órfãs e residência das crianças

Distribuição percentual da população das crianças (de direito) menores de 18 anos, segundo o estado de sobrevivência dos pais e residência com os pais, percentagem de crianças não vivendo com um dos progenitores e percentagem de crianças cujo um dos pais ou ambos faleceram, por algumas características sociodemográficas, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

Características sociodemográficas	Vive com os dois pais	Vive com a mãe, mas não com o pai		Vive com o pai, mas não com a mãe		Vive com nenhum dos pais					Total	% Não vivendo com um pai biológico	% Cujo um ou ambos os progenitores faleceram[1]	Efectivo de crianças
		Pai vivo	Pai faleceu	Mãe viva	Mãe faleceu	Os dois vivos	Somente o pai vivo	Somente a mãe viva	Os dois faleceram	Sem informação sobre pai/mãe				
Idade														
0-4	60,5	30,7	1,4	1,0	0,0	5,7	0,1	0,2	0,0	0,5	100,0	6,0	1,7	2 101
<2	62,5	33,6	1,3	0,1	0,0	1,8	0,0	0,0	0,1	0,6	100,0	1,9	1,4	856
2-4	59,0	28,7	1,4	1,6	0,0	8,3	0,2	0,3	0,0	0,4	100,0	8,8	1,9	1 245
5-9	46,9	30,4	1,1	2,2	0,1	16,3	1,0	1,2	0,3	0,5	100,0	18,7	3,7	1 961
10-14	39,3	30,8	2,6	2,9	0,5	19,6	1,4	1,4	0,4	1,0	100,0	22,8	6,4	1 845
15-17	34,5	26,6	4,2	5,3	0,0	22,9	1,6	2,1	0,3	2,5	100,0	26,9	8,4	855
Sexo														
Masculino	48,3	30,1	2,0	3,4	0,2	13,2	0,7	0,9	0,4	0,9	100,0	15,2	4,2	3 473
Feminino	46,6	30,2	2,0	1,3	0,2	16,4	1,1	1,2	0,1	0,9	100,0	18,8	4,6	3 289
Meio de residência														
Urbano	44,8	31,3	2,3	2,1	0,2	16,2	1,2	1,2	0,3	0,5	100,0	18,8	5,1	3 403
Rural	50,2	28,9	1,7	2,7	0,1	13,2	0,6	1,0	0,2	1,3	100,0	15,0	3,7	3 359
Região														
Região Centro	43,6	32,1	2,0	2,3	0,2	15,7	1,2	1,1	0,3	1,3	100,0	18,3	4,9	4 037
Região Sul	53,0	29,0	1,7	1,9	0,0	12,3	0,4	1,0	0,2	0,5	100,0	13,9	3,3	931
Região Norte	54,5	25,6	2,1	2,7	0,2	13,0	0,3	1,1	0,1	0,3	100,0	14,6	3,8	1 465
Região do Príncipe	47,6	29,0	1,4	3,1	0,2	16,7	1,3	0,6	0,1	0,1	100,0	18,6	3,6	329
Quintil de bem-estar económico														
O mais pobre	39,3	37,9	2,6	2,2	0,3	14,9	0,5	0,7	0,2	1,3	100,0	16,4	4,5	1 356
Segundo	51,7	32,8	1,6	1,8	0,4	9,2	0,3	1,0	0,2	0,9	100,0	10,8	3,5	1 338
Médio	47,8	28,8	1,8	1,6	0,1	16,3	1,6	1,0	0,3	0,7	100,0	19,2	4,8	1 393
Quatro	46,6	30,4	1,9	2,9	0,0	15,2	0,4	1,9	0,4	0,3	100,0	17,9	4,6	1 402
O mais rico	52,4	20,2	1,9	3,6	0,2	18,1	1,8	0,5	0,0	1,4	100,0	20,4	4,4	1 273
Total <15	49,3	30,7	1,7	2,0	0,2	13,5	0,8	0,9	0,2	0,7	100,0	15,5	3,8	5 907
Total <18	47,5	30,1	2,0	2,4	0,2	14,7	0,9	1,1	0,2	0,9	100,0	16,9	4,4	6 762

Nota: O quadro baseia-se na população de direito dos agregados, ou seja dos residentes habituais.
[1] Inclui crianças cujo pai faleceu, cuja mãe faleceu, os dois pais faleceram, e crianças cujo um dos progenitores faleceu, mas não se dispõe de informação sobre o estado de sobrevivência do outro progenitor.

2.4 NIVÉL DE INSTRUÇÃO E FREQUÊNCIA ESCOLAR

Durante o inquérito, foram recolhidas informações relativas ao nível de instrução alcançado e a última classe concluída nesse nível para todas as pessoas com 6 anos de idade e mais recenseadas no agregado. A instrução da população, e sobretudo das mulheres, constitui um elemento importante para melhorar as condições de vida das famílias. Entre outras, o nível de instrução dos membros do agregado familiar influi sobre o comportamento reprodutivo, o recurso à contracepção moderna, o comportamento em matéria de saúde, a escolarização dos outros membros do agregado familiar, assim como sobre os hábitos de higiene e de nutrição.

No total, cerca de 14% das mulheres e 7% dos homens não têm nenhuma instrução (quadros 2.4.1 e 2.4.2). Nota-se igualmente que qualquer que seja o nível atingido, os homens são mais escolarizados do que as mulheres. Por outro lado, somente 9% das mulheres e 10% dos homens tinham concluído o nível

primário, enquanto 54% das mulheres e 57% dos homens não tinham concluído este ciclo. Relativamente ao secundário, 0,7% das mulheres e 1,3% dos homens tinham declarado ter concluído o ciclo secundário ou atingido o nível superior; enquanto que a população dos que declararam não ter terminado o ciclo secundário é de 22% nos homens e 25% nas mulheres.

A análise dos resultados por idade põe em evidência uma clara melhoria do nível de escolarização das gerações mais velhas para as mais novas. Com efeito, a proporção das mulheres sem nível de instrução passou de 71% nos idosos de 65 anos e mais, para 1 % nas meninas de 10-14 anos. A percentagem mais elevada das não instruídas nas meninas de 6-9 anos (11% contra 1% nas de 10-14 anos) explica-se pelo facto de certas meninas de 6-9 anos não terem ainda integrado o sistema escolar.

Quadro 2.4.1 Nível de instrução da população dos agregados familiares

Distribuição percentual da população feminina (de facto) de seis anos de idade e mais, por nível de instrução mais alto atingido, segundo algumas características seleccionadas, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

Características sociodemográficas	Primário incompleto	Primário completo[1]	Secundário incompleto	Secundário completo[2]	Superior	Não sabe/sem informação	Total	Efectivo	Número mediano de anos completados	Sem instrução
Grupo etário										
6-9	10,8	89,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	803	1,0
10-14	1,0	68,0	17,2	13,2	0,3	0,0	0,2	100,0	874	4,2
15-19	1,9	27,1	16,0	54,5	0,4	0,2	0,0	100,0	676	6,3
20-24	4,3	40,7	9,7	44,6	0,4	0,0	0,3	100,0	548	5,5
25-29	3,2	49,9	11,2	34,8	0,2	0,7	0,0	100,0	524	4,6
30-34	6,0	52,5	11,7	27,8	0,0	2,0	0,0	100,0	459	4,1
35-39	5,1	61,6	13,0	18,2	0,5	1,6	0,0	100,0	308	3,9
40-44	11,8	54,2	11,4	21,6	0,4	0,7	0,0	100,0	333	3,8
45-49	18,0	54,0	7,9	17,2	0,5	1,5	1,0	100,0	251	3,4
50-54	28,9	59,1	3,8	7,7	0,5	0,0	0,0	100,0	260	2,5
55-59	42,1	46,8	2,6	8,5	0,0	0,0	0,0	100,0	145	0,9
60-64	54,4	39,2	0,7	4,5	0,0	0,0	1,3	100,0	150	0,0
65+	70,5	28,4	0,2	0,4	0,0	0,4	0,2	100,0	400	0,0
Não sabe/sem informação	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	3	0,0
Meio de residência										
Urbano	12,7	50,2	9,1	26,6	0,3	0,9	0,1	100,0	3 071	3,8
Rural	14,6	59,2	9,7	16,3	0,1	0,0	0,1	100,0	2 663	3,4
Região										
Região Centro	13,3	49,1	9,8	26,6	0,3	0,7	0,2	100,0	3 574	3,8
Região Sul	16,6	64,6	7,1	11,2	0,2	0,1	0,0	100,0	754	3,2
Região Norte	13,9	62,4	9,3	14,1	0,2	0,0	0,1	100,0	1 149	3,3
Região do Príncipe	8,1	60,9	10,4	20,5	0,0	0,0	0,0	100,0	256	3,6
Quintil de bem-estar económico										
O mais pobre	25,1	63,6	4,2	7,0	0,0	0,0	0,1	100,0	1 139	2,3
Segundo	17,0	62,2	8,9	11,9	0,0	0,0	0,0	100,0	1 075	3,2
Médio	14,4	58,6	11,4	15,1	0,1	0,0	0,4	100,0	1 113	3,4
Quatro	8,0	51,4	13,4	26,7	0,5	0,1	0,0	100,0	1 212	4,2
O mais rico	4,5	37,6	8,8	46,2	0,6	2,1	0,2	100,0	1 194	5,9
Total	13,6	54,4	9,4	21,8	0,2	0,5	0,1	100,0	5 734	3,6

[1] Completou com sucesso 6 classes do nível primário.
[2] Completou com sucesso 5 classes do nível secundário

Nos homens, a proporção sem nível de instrução é de 28% entre os de 65 anos e mais, e de 1% nos rapazes de 10-14 anos.

Por outro lado, constatamos também que tanto para as mulheres como para os homens, as diferenças entre os meios urbano e rural são insignificantes. Assim, no meio urbano13% das mulheres e 5% dos homens não tem nenhum nível de instrução contra 15% e 6% no meio rural, respectivamente.

Igualmente as desproporções entre as regiões não são expressivas. A região do Príncipe caracteriza-se pelas baixas proporções dos não escolarizados: 8% das mulheres e 4% dos homens de 6 anos nunca frequentaram a escola. Do lado oposto, a Região Sul detém o mais baixo nível de instrução: 17% das mulheres e 10% dos homens não têm nenhum nível de instrução.

Quadro 2.4.2 Nível de instrução da população dos agregados familiares

Distribuição (em %) da população masculina (de facto) de seis anos de idade e mais, por nível de instrução mais alto atingido, segundo algumas características seleccionadas, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

Características sociodemográficas	Primário incompleto	Primário completo[1]	Secundário incompleto	Secundário completo[2]	Superior	Não sabe/sem informação	Total	Efectivo	Número mediano de anos completados	Sem instrução
Grupo etário										
6-9	11,2	88,2	0,4	0,0	0,0	0,0	0,2	100,0	817	0,9
10-14	1,2	68,5	15,7	13,9	0,1	0,0	0,5	100,0	968	4,1
15-19	1,8	35,7	13,6	48,9	0,0	0,0	0,0	100,0	732	5,9
20-24	2,3	44,0	9,2	42,4	1,2	1,0	0,0	100,0	497	5,4
25-29	3,2	42,4	12,0	39,7	0,8	2,0	0,0	100,0	389	5,4
30-34	1,1	50,4	13,5	34,1	0,0	0,9	0,0	100,0	376	4,8
35-39	2,3	47,0	16,0	32,2	0,5	1,6	0,5	100,0	301	5,0
40-44	5,5	38,3	13,5	37,1	1,4	4,3	0,0	100,0	255	5,5
45-49	2,8	48,7	9,7	33,7	0,0	5,1	0,0	100,0	207	4,8
50-54	3,6	52,8	9,3	31,3	0,3	2,8	0,0	100,0	162	3,9
55-59	12,5	56,6	7,7	13,0	2,4	7,3	0,5	100,0	120	3,6
60-64	18,5	68,2	2,3	11,0	0,0	0,0	0,0	100,0	130	3,3
65+	27,7	66,4	2,5	3,3	0,0	0,0	0,2	100,0	335	3,1
Não sabe/sem informação	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	2	0,0
Meio de residência										
Urbano	5,3	51,9	10,1	30,0	0,5	1,8	0,3	100,0	2 599	4,3
Rural	6,4	62,1	10,2	20,7	0,1	0,4	0,1	100,0	2 694	3,7
Região										
Região Centro	4,8	52,0	10,9	30,3	0,4	1,4	0,2	100,0	3 070	4,3
Região Sul	9,8	63,7	8,8	16,6	0,2	0,8	0,0	100,0	729	3,5
Região Norte	6,6	64,4	9,3	18,5	0,3	0,6	0,3	100,0	1 228	3,7
Região do Príncipe	3,6	64,5	9,0	22,8	0,0	0,1	0,0	100,0	265	3,7
Quintil de bem-estar económico										
O mais pobre	12,7	68,2	7,8	10,9	0,1	0,0	0,2	100,0	1 067	3,3
Segundo	7,0	70,2	9,7	12,6	0,1	0,1	0,3	100,0	1 105	3,5
Médio	4,8	60,7	10,9	23,5	0,0	0,1	0,0	100,0	1 063	3,8
Quatro	3,0	54,8	10,0	31,2	0,7	0,2	0,1	100,0	1 023	4,3
O mais rico	1,5	30,3	12,4	49,8	0,9	4,9	0,2	100,0	1 034	6,6
Total	5,9	57,1	10,2	25,3	0,3	1,0	0,2	100,0	5 292	3,9

[1] Completou com sucesso 6 classes do nível primário.
[2] Completou com sucesso 5 classes do nível secundário

Enfim, a escolarização está positivamente associada ao nível do bem-estar económico do agregado familiar. Por conseguinte, quanto mais elevado o nível de bem-estar do agregado é, mais fracas são as proporções de pessoas que nunca frequentaram à escola, sendo para as mulheres, de 25% do quintil mais pobre, e 5% no quintil mais ricos; e para os homens, de 12% e 2%, respectivamente.

O nível de frequência escolar das pessoas com idade de ir à escola dá uma indicação sobre o acesso actual da população ao sistema educativo e de uma maneira directa sobre o nível de socioeconómico do país. Durante o inquérito, foram colocadas umas questões em relação a frequência escolar para todas as pessoas com idade entre 6 e 24 anos. O quadro 2.5 apresenta as taxas líquidas e as taxas brutas de frequência escolar por nível de instrução, sexo e por algumas características sócio-demográfcas.

A taxa líquida de frequência escolar mede a frequência escolar entre as crianças de idade oficial de permanência no sistema escolar, isto é, 6-11 anos para o nível primário e 12-17 anos para o nível secundário. A taxa bruta de frequência escolar mede a frequência escolar entre os jovens, independentemente da idade desde que esteja compreendida entre 6-24 anos. Ela equivale a percentagem da população de 6-24 anos que frequenta um dado nível relativamente à população com idade oficial para esse nível. Para um dado nível de estudo, a taxa bruta é praticamente sempre mais alta que a taxa líquida pelo facto das crianças mais velhas ou mais jovens relativamente à idade normal desse nível serem incluídas nos cálculos. Uma taxa líquida de 100% significaria que todas as crianças tendo a idade normal de um dado nível de estudo frequentam esse nível; a taxa bruta pode ser superior a 100% se um número significativo de crianças de idade mais avançadas ou mais jovens relativamente à idade normal de frequência de um nível escolar se encontram nesse nível. A diferença entre essas duas taxas indica que as crianças muito jovens ou de idade avançada frequentam um determinado nível escolar.

O quadro 2.5 indica que no total, cerca de nove crianças de 6-11 anos em cada dez (85%) frequentam a escola primária. Não se constata uma diferença entre os rapazes e as raparigas (86% contra 85%), e entre o meio urbano e o meio rural (86% contra 85%). A Região do Príncipe (95%) caracteriza-se pela taxa de frequência da escola primária muito elevada ao contrário da Região Sul que regista o nível mais baixo do país, com 80% para ambos os sexos. O nível de frequência da escola primária está positivamente ligado ao nível do bem-estar do agregado familiar: ultrapassa 75% para os mais pobres e 93% para os mais ricos. A mesma tendência verifica-se também nos rapazes e nas raparigas.

Por outro lado, no total, cerca de 127 pessoas em cada 100 tendo a idade oficial do primário frequentam esse nível. O valor da taxa bruta superior à taxa líquida indica que um número significativo de alunos que não tem a idade do nível primário, frequentam contudo esse nível. Ou seja, são pessoas de idades superiores a idade oficial requerida. Por sexo, podemos constatar que a taxa bruta masculina (129%) é superior à das raparigas (125%). Em outras palavras, há mais rapazes do que raparigas com idade avançada em relação a idade oficial que frequentam a escola primária. Por meio de residência, os resultados mostram que a taxa bruta de frequência do primário é ligeiramente menos elevada no meio urbano (124%) do que no meio rural (128%).

A Região do Príncipe caracteriza-se por uma taxa bruta de frequentação mais elevada (146%), e a Região Sul por uma taxa bruta de frequência primária mais baixa (120%). Enfim, a taxa bruta de frequentação escolar está positivamente associada ao nível do bem-estar económico do agregado familiar, principalmente para os rapazes.

Quadro 2.5 Taxa de frequência escolar

Taxa líquida de frequência escolar (TLFE) e taxa bruta de frequência escolar (TBFE) da população (de facto) nos agregados familiares, por sexo, e nível de instrução, e índice de paridade do género, segundo algumas características sociodemográficas, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

Características sociodemográficas	Taxa liquida de frequência escolar[1]				Taxa bruta de frequência escolar[2]			
	Masculino	Feminino	Total	Índice de paridade do género	Masculino	Feminino	Total	Índice de paridade do género
NÍVEL PRIMÁRIO								
Meio de residência								
Urbano	85,7	85,5	85,6	1,00	128,0	123,6	125,8	0,97
Rural	85,5	84,3	84,9	0,99	129,9	126,4	128,2	0,97
Região								
Região Centro	87,6	83,7	85,7	0,96	128,7	121,3	125,0	0,94
Região Sul	75,6	84,0	79,8	1,11	113,6	127,0	120,4	1,12
Região Norte	84,2	86,8	85,5	1,03	136,1	129,2	132,8	0,95
Região do Príncipe	96,1	95,3	95,7	0,99	145,2	147,0	146,0	1,01
Quintil de bem-estar económico								
O mais pobre	74,1	76,7	75,4	1,03	113,8	110,6	112,2	0,97
Segundo	84,2	85,7	84,9	1,02	122,8	127,3	124,8	1,04
Médio	88,1	83,5	85,9	0,95	134,3	129,2	131,9	0,96
Quatro	89,8	88,4	89,0	0,98	134,8	137,1	136,0	1,02
O mais rico	95,1	91,4	93,1	0,96	144,4	121,6	132,1	0,84
Total	85,6	84,9	85,3	0,99	129,0	124,9	127,0	0,97
NÍVEL SECUNDÁRIO								
Meio de residência								
Urbano	37,2	39,5	38,3	1,06	66,0	68,8	67,4	1,04
Rural	28,1	25,3	26,9	0,90	43,2	44,2	43,6	1,02
Região								
Região Centro	38,0	38,1	38,1	1,00	64,0	67,7	65,7	1,06
Região Sul	25,7	22,9	24,3	0,89	41,0	36,2	38,6	0,88
Região Norte	24,2	25,9	25,0	1,07	40,5	44,2	42,1	1,09
Região do Príncipe	24,1	32,1	28,0	1,33	41,1	55,7	48,2	1,36
Quintil de bem-estar económico								
O mais pobre	12,0	14,0	13,0	1,17	22,5	21,9	22,2	0,97
Segundo	16,3	20,6	18,3	1,26	24,0	37,8	30,3	1,58
Médio	30,0	26,3	28,4	0,88	46,2	34,0	40,9	0,74
Quatro	38,8	37,9	38,3	0,98	65,5	61,4	63,4	0,94
O mais rico	58,5	61,1	59,7	1,04	102,1	123,5	111,5	1,21
Total	32,7	33,2	32,9	1,01	54,7	57,9	56,2	1,06

[1] A taxa líquida de frequência escolar (TLFE) para o primário é a percentagem da população com a idade para a frequência do primário (6-11 anos) que frequenta o nível primário. A taxa líquida de frequência escolar (TLFE) para o secundário é a percentagem da população com a idade para a frequência do secundário (12-17 anos) que frequenta o nível secundário. Por definição, a taxa líquida de frequência não pode ser superior a 100 %.
[2] A taxa bruta de frequência escolar (TBFE) para o primário é a proporção de alunos do nível primário, de qualquer idade, em relação à população de idade oficial para frequentar o nível primário. A taxa bruta de frequência escolar (TBFE) para o secundário é a proporção de alunos do nível secundário, de qualquer idade, em relação à população de idade oficial para frequentar o nível secundário. Se houver para um determinado nível, um número importante de alunos de maior idade ou menor idade que a idade oficial para este nível, o TBFE pode ser superior a 100%.
[3] O índice de paridade do género para a escola primária é o rácio da TBFE das meninas do nível primário sobre a TBFE dos rapazes. O índice de paridade do género para o secundário é o rácio da TBFE das meninas do nível secundário sobre a TBFE dos rapazes do secundário.

Os resultados do quadro 2.5 mostram igualmente que o nível de frequência escolar do ciclo secundário das crianças dos 12-17 anos é nitidamente inferior ao do ciclo primário. A taxa líquida que é apenas de 33% das crianças é muito mais elevada no meio urbano do que no meio rural: 38% contra 27%. Por região, ela varia de 24% na Região Sul para 38% na Região centro. Como era de se esperar, a taxa líquida de frequência escolar para o nível do secundário aumenta com o quintil do bem-estar económico: 13% para o quintil mais pobre contra 60% para a quintil mais rico.

A taxa bruta de frequentação escolar para o nível secundário atinge 55% o que significa em cada 100 pessoas tendo a idade oficial do secundário, pouco mais da metade frequenta esse nível secundário. Mesmo sendo relativamente baixo, o nível da taxa bruta (superior a taxa líquida) indica que um número significativo de pessoas que não têm a idade legal exigida para o nível secundário frequenta contudo esse nível. Constatamos uma variação importante por meio de residência: 67% para o meio urbano contra 44% no meio rural. Assim como para a taxa de frequência, podemos constatar que a taxa bruta de frequência é mais elevada na Região Centro (66%), e mais baixa na Região Sul (39%). Enfim, a taxa bruta de frequência escolar para o nível secundário está positivamente associada ao quintil do bem-estar económico: passa de 11% para o quintil mais pobre e para 112% para o quintil mais rico.

O quadro 2.5 apresenta igualmente o índice de paridade do género que é a relação entre a taxa líquida ou bruta de frequência escolar das mulheres e a dos homens. Quanto mais o índice de paridade se aproxima de 1, menos importante é a diferença entre a frequência escolar entre os géneros. Um índice igual a 1 indica uma igualdade total. Em STP, os índices para as taxas líquidas e brutas, estimados em 0,99 e 0,97 respectivamente para o nível primário mostram que as raparigas estão em ligeira desvantagem no plano escolar. Por outro lado, ao nível secundário, os índices para as taxas líquidas e brutas são de 1,01 e 1,06 respectivamente; eles estão ligeiramente a favor das raparigas.

2.5 CARACTÉRISTICAS DOS ALOJAMENTOS E POSSE DE BENS PELOS AGREGADOS FAMILIARES

No decorrer do inquérito, certas questões foram colocadas no intuito de conhecer as características socioeconómicas dos agregados familiares e o nível de conforto dos alojamentos. Podem ser avaliados, por um lado, pela disponibilidade da electricidade, pelo tipo de materiais de construção utilizados e por outro lado, pelos equipamentos que dispõem, principalmente o tipo de casa de banho, a fonte de abastecimento de água potável, a posse de certos bens de consumo e de meios de transporte. Essas características podem fornecer uma indicação sobre a situação socioeconómica do agregado familiar, ou ter uma certa influência sobre o estado de saúde dos membros do agregado familiar.

2.5.1 Acesso à água potável

Milhões de habitantes no mundo não têm acesso a um abastecimento de água potável e a meios de saneamentos adequados que são indispensáveis para se manter uma boa saúde. No quadro dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM), a UNICEF está empenhada, com a ajuda da comunidade internacional, em reduzir até 2015 a percentagem da população que não tem acesso a esses serviços de base.

Durante o IDS em STP, foram escolhidos um conjunto de indicadores que permitiram avaliar as condições sanitárias em que vive a população:

- No domínio da água: utilização de melhores fontes de abastecimento de água, utilização de um método adequado para o tratamento da água, tempo de abastecimento de água, pessoa encarregada do abastecimento em água;

- Em matéria de saneamento: utilização de instalações sanitárias com melhores condições e eliminação higiénica das fezes das crianças.

A população que tem acesso a fontes de abastecimento de água potável é aquela que utiliza os seguintes tipos de abastecimentos de água: a água corrente (nos alojamentos), os chafarizes públicos, poços perfurados, e poços protegidos, água recolhida das chuvas. A água engarrafada é considerada como uma fonte melhorada de abastecimento em água para beber somente se o agregado familiar utiliza uma fonte melhorada de abastecimento em água para outras necessidades, como a limpeza e a cozinha.

Utilização de fontes de água melhoradas

Os resultados apresentados no quadro 2.6 indicam que quase toda a população (94%) usa água proveniente de fontes melhoradas. Esta proporção apresenta entretanto ligeiras diferenças entre o meio urbano (99%) e o meio rural (89%).

Pode-se constatar que as fontes de água maioritariamente utilizadas pelos agregados familiares de STP são a água de chafariz público (57%) e água de torneira nos alojamentos (32%).

Tempo para abastecer a água

Globalmente, podemos constatar que 26% dos membros do agregado familiar dispõe de uma fonte de abastecimento de água potável no alojamento. Por meio de residência, a situação em matéria de abastecimento de água apresenta um contraste. No meio urbano, 31% da população dispõe de uma fonte de abastecimento contra 22% no meio rural. Por outro lado, é preciso menos de 30 minutos para 46% dos membros dos agregados familiares inquiridos para aceder a uma fonte de abastecimento em água e 30 minutos ou mais para 25%.

Pessoa encarregada do abastecimento de água

Os resultados do quadro 2.6 mostram igualmente que, quando a água não está disponível no alojamento, são essencialmente as mulheres (54% para as mulheres adultas e 9% para as raparigas) que são encarregadas da sua procura, contra menos de 9% de homens (6% para os homens adultos e 3% para os rapazes).

Tratamento da água no domicílio

O melhoramento da qualidade de água e certos tratamentos podem contribuir para reduzir os riscos de contrair algumas doenças ligadas à uma má qualidade de água. Durante o IDS em STP, algumas questões foram colocadas aos agregados familiares para saber se a água para beber era tratada e que tratamento era feito para sanear a água. Entre os meios propostos para tornar a água potável, constam a fervura, a desinfecção da água, a filtragem através de um pano, a utilização de um filtro e deixar a água repousar.

O quadro 2.6 apresenta as proporções dos agregados familiares cujos membros utilizam os métodos apropriados de tratamento de água para a tornar potável.

Cerca de nove agregados familiares em cada dez (89%) não utilizam nenhum meio de tratamento de água. Somente menos de 10% dos agregados utilizam um método de tratamento apropriado (desinfecção da água: 7%, fervura: 2% e filtragem através de um pano: 1%).

Quadro 2.6 Fonte de água usada nos agregados familiares para beber

Distribuição percentual dos agregados familiares e da população (de jure) por fonte de agua para beber, tempo para apanhar água e pessoa que habitualmente busca a agua, e percentagem de agregados familiares e população (de jure) segundo o tipo de tratamento dado à agua, por meio de residência, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

	Agregados familiares			População		
Características	Urbano	Rural	Total	Urbano	Rural	Total
Fonte de abastecimento em agua para beber						
Fonte melhorada	99,4	88,9	94,1	99,2	88,7	94,0
Agua canalizada no alojamento /quintal	39,3	21,9	30,6	38,8	24,0	31,5
Chafariz	57,4	58,0	57,7	57,6	55,7	56,6
Furo	0,1	0,4	0,3	0,1	0,4	0,3
Poço protegido	0,2	1,0	0,6	0,1	1,1	0,6
Fonte de agua protegida	2,3	7,6	5,0	2,6	7,5	5,0
Fonte não melhorada	0,5	11,0	5,8	0,7	11,1	5,8
Poço não protegido	0,1	0,8	0,4	0,1	0,9	0,5
Agua de superfície	0,4	10,2	5,3	0,7	10,3	5,4
Agua engarrafada, fonte melhorada para cozinhar/se lavar	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1
Agua engarrafada, fonte não melhorada para cozinhar/ lavar	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Percentagem que usam uma fonte melhorada de agua para beber[1]	99,5	89,0	94,2	99,2	88,9	94,1
Tempo de deslocação em busca de agua para beber						
Não se desloca	31,1	20,1	25,5	30,5	21,8	26,2
Menos de 30 minutos	38,4	54,1	46,3	39,2	52,4	45,7
30 Minutos ou mais	25,5	23,6	24,5	25,5	23,8	24,7
Não sabe/sem informação	5,1	2,2	3,6	4,7	1,9	3,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Pessoa que habitualmente se desloca em busca da agua para beber						
Mulher adulta de 15 anos ou mais	49,0	52,2	50,6	52,7	55,7	54,2
Homem adulto de 15 anos ou mais	10,0	15,7	12,9	4,8	7,0	5,9
Menina menor de 15 anos	6,2	7,6	6,9	8,0	10,7	9,3
Menino menor de 15 anos	2,0	2,9	2,5	2,4	3,4	2,9
Outro	0,7	1,0	0,8	0,8	0,9	0,8
Não se desloca	31,1	20,1	25,5	30,5	21,8	26,2
Sem informação	1,0	0,5	0,8	0,9	0,5	0,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Tipo de tratamento da agua[2]						
Ferver	2,9	0,5	1,7	2,3	0,5	1,4
Desinfecta com lixívia	5,1	8,6	6,9	4,9	9,8	7,3
Filtrada com pano	0,8	1,2	1,0	0,9	1,8	1,3
Uso de filtro cerâmico	0,4	0,0	0,2	0,4	0,0	0,2
Outro	0,3	0,5	0,4	0,4	0,6	0,5
Nenhum tratamento	90,5	88,1	89,3	91,1	86,4	88,8
Percentagem que usam um método de tratamento apropriado[3]	8,9	10,3	9,6	8,3	12,0	10,1
Efectivo	1 756	1 780	3 536	6 886	6 665	13 552

[1] Visto que não se pode determinar a qualidade da água engarrafada, os agregados que declararam beber água engarrafada foram classificados como utilizando ou não uma água de qualidade, em função da fonte da água que usam para cozinhar ou se lavar.
[2] Os inquiridos podendo declara vários tipos de tratamento, a soma das percentagens pode ultrapassar 100%.
[3] Os métodos apropriados para o tratamento da água compreendem o fervimento, a desinfecção, a filtragem com pano, a filtragem com filtro de cerâmica, decantação

2.5.2 Tipo e utilização das casas de banho

A eliminação inadequada das fezes humanas está associada a um risco crescente de contrair algumas doenças como a diarreia e a poliomielite. As instalações sanitárias consideradas como adequadas são as casas de banho de água ligadas a um sistema de esgotos ou a uma fossa séptica, latrinas melhoradas e ventiladas, as latrinas com cobertura e sanitário seco compostável.

Os resultados do quadro 2.7 e o gráfico 2.2 mostram que em STP, somente 13% do agregado familiar (19% no meio urbano e 7% no meio rural) dispõem de casas de banho privadas (ligada ao esgoto ou água ligada a uma fossa séptica), 17% dispõem de latrinas rudimentares ou melhoradas (20% no meio urbano e14% no meio rural). Uma proporção de 7% utiliza casas de banho rudimentares que dividem com outros agregados familiares.

Em STP, a maioria dos agregados familiares não dispõe de nenhum tipo de casa de banho (61%). Esta percentagem é de 52% no meio urbano contra 71% no meio rural.

Quadro 2.7 Tipo de retrete que utilizam os agregados familiares

Distribuição percentual dos agregados familiares e da população (de jure) por tipo de retrete/latrina, por meio de residência, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

	Agregados familiares			População		
Tipo de retrete/latrina	Urbano	Rural	Total	Urbano	Rural	Total
Retrete privado melhorado						
Com autoclismo ligado ao sistema de esgoto	4,2	4,1	4,2	4,8	4,5	4,6
Com autoclismo ligado a fossa séptica	15,2	3,2	9,2	15,5	4,1	9,9
Latrina	13,9	10,2	12,1	15,6	12,6	14,1
Latrina melhorada	5,9	4,1	5,0	6,6	5,4	6,0
Retrete rudimentar						
Retrete partilhado com outros agregados	7,6	6,8	7,2	6,6	6,8	6,7
Nenhuma retrete/mato/praia	52,0	70,7	61,4	49,8	65,9	57,7
Outro	0,8	0,2	0,5	0,8	0,2	0,5
Sem informação	0,4	0,6	0,5	0,4	0,6	0,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Efectivo	1 756	1 780	3 536	6 886	6 665	13 552

2.5.3 Características dos alojamentos

Durante o inquérito, algumas questões foram colocadas com o objectivo de determinar as características dos alojamentos. Essas questões incidiram principalmente sobre a disponibilidade da electricidade, os materiais de construção do alojamento e as fontes de energia utilizadas na cozinha para a preparação de alimentos.

Disponibilidade da electricidade

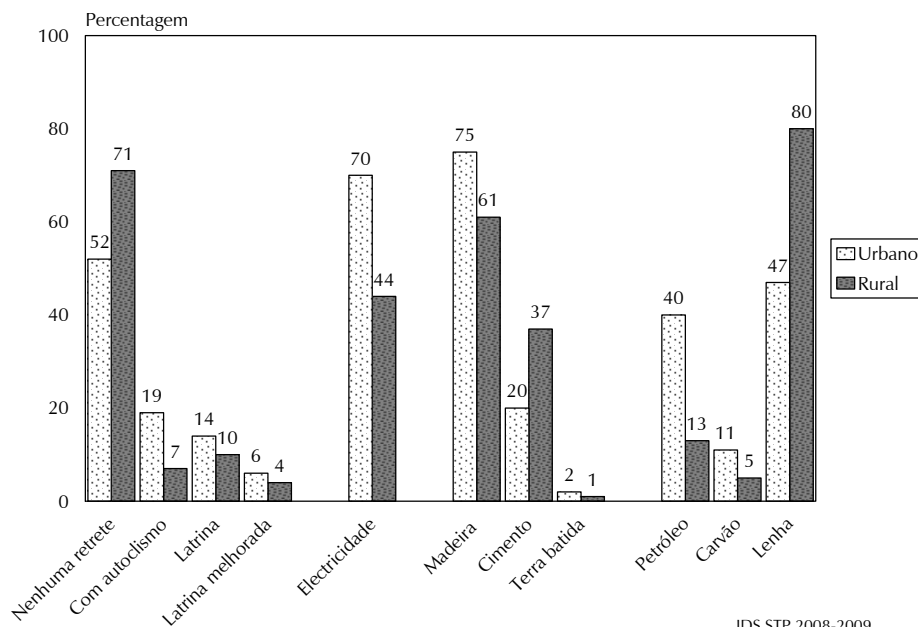
Globalmente, os resultados apresentados no quadro 2.8 mostram que em STP cerca de seis agregados familiares em cada dez (57%) dispõem de electricidade.

A disponibilidade da electricidade por agregado familiar varia segundo o meio de residência. Cerca de 70% dos agregados urbanos contra 44% dos agregados rurais dispõem de electricidade.

Gráfico 2.2 Características dos alojamentos por meio de residência

Percentagem

	Urbano	Rural
Nenhuma retrete	52	71
Com autoclismo	19	7
Latrina	14	10
Latrina melhorada	6	4
Electricidade	70	44
Madeira	75	61
Cimento	20	37
Terra batida	2	1
Petróleo	40	13
Carvão	11	5
Lenha	47	80

IDS STP 2008-2009

Tipo de pavimento

Alguns tipos de protecção do solo podem facilitar a propagação de germes responsáveis por certas doenças. Por esta razão algumas questões foram colocadas sobre o tipo de pavimento do solo. Podemos observar que por quase todo o país, cerca de sete agregados em cada dez (68% vivem num alojamento onde o pavimento é feito de madeira, e quase três agregados em cada dez (28%) tem o pavimento feito de cimento. Registou-se uma certa desproporção entre o meio urbano e o meio rural, como mostra o grafico2.2. Globalmente, há apenas pouco mais de 1 % de agregados que vivem num alojamento onde o pavimento é feito com terra batida ou areia.

Número de pessoas por quarto de dormir

Podemos ainda constatar no quadro 2.7, que de uma maneira geral, 44% dos agregados dispõem de um quarto individual de dormir. Cerca de 36% dispõe de um quarto para duas pessoas e 18% dispõe de um quarto de dormir para três pessoas ou mais.

Fontes de energia e local utilizados para cozinhar

Milhões de pessoas no mundo dependem dos combustíveis sólidos (biomassa e carvão) para as suas necessidades em energia de base, nomeadamente para a cozinha e o aquecimento. Cozinhar e aquecer-se com combustíveis sólidos elevam os níveis de poluição do ar no interior dos alojamentos através de uma mistura complexa de poluentes prejudiciais para a saúde. O principal problema da utilização de combustíveis sólidos diz respeito a emanação de uma combustão incompleta, como o monóxido de carbono, os hidrocarbonetos aromáticos policíclicos, o dióxido de azoto e outros elementos tóxicos. A utilização de combustíveis sólidos aumenta os riscos de doenças respiratórias agudas, pneumonia, obstrução pulmonar crónica e mesmo do câncer. O principal indicador utilizado neste inquérito é a proporção da população utilizando os combustíveis sólidos como a principal fonte de energia doméstica para a preparação de alimentos.

Quadro 2.8 Características dos alojamentos

Distribuição percentual dos agregados familiares e da população (de jure) segundo algumas características do alojamento e percentagem que utilizam combustíveis sólidos para a preparação de alimentos; e entre os que utilizam combustíveis sólidos, a distribuição percentual por tipo de cozinha, segundo o meio de residência, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

	Agregados familiares			População		
Características do alojamento	Urbano	Rural	Total	Urbano	Rural	Total
Electricidade						
Sim	69,8	44,2	56,9	72,9	48,1	60,7
Não	30,2	55,8	43,1	27,1	51,9	39,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Tipo de pavimento						
Terra batida, areia	1,8	0,5	1,2	1,4	0,5	1,0
Pedra	0,4	1,3	0,9	0,5	1,1	0,8
Madeira	74,5	60,9	67,7	74,1	63,0	68,7
Palmeira/bambu	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Mosaico	1,2	0,0	0,6	1,4	0,0	0,7
Cimento	20,0	36,6	28,3	19,7	34,4	26,9
Outro	1,9	0,6	1,2	2,8	0,9	1,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Divisões utilizadas para dormir						
Uma	36,6	50,8	43,8	23,0	35,7	29,3
Duas	40,2	35,9	38,0	44,0	43,0	43,5
Três ou mais	22,9	13,1	17,9	32,8	21,0	27,0
Sem informação	0,3	0,2	0,3	0,2	0,2	0,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Lugar para cozinhar						
Dentro do alojamento	29,0	16,4	22,7	29,4	16,9	23,2
No outro edifício	56,0	72,8	64,5	57,9	74,7	66,2
Fora	11,4	4,8	8,1	9,8	4,1	7,0
Outro	2,7	3,9	3,3	2,7	3,7	3,2
Sem informação	0,8	2,1	1,5	0,2	0,6	0,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Combustível para preparação de alimentos						
Electricidade	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0
Gás	0,5	0,2	0,3	0,6	0,1	0,4
Petróleo	40,3	13,0	26,5	38,6	13,0	26,0
Carvão	11,0	5,2	8,1	11,5	5,7	8,6
Madeira	47,2	79,8	63,6	49,1	80,6	64,6
O agregado não cozinha	0,8	1,9	1,4	0,2	0,5	0,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Percentagem que utiliza combustíveis sólidos para cozinhar	58,3	85,0	71,7	60,6	86,3	73,2
Efectivo de agregados	1 756	1 780	3 536	6 886	6 665	13 552

O quadro 2.7 apresenta os resultados relativos à utilização de fontes de energia para cozinhar. Em todo o país, notamos que a maioria dos agregados utiliza a lenha para cozinhar (64%: 56% no meio urbano e 73% no meio rural), o petróleo (27%: 40% no meio urbano e 13% no meio rural) ou o carvão (8%: 11% no meio urbano e 5% no meio rural). Os combustíveis modernos, como o gás, são utilizados por um baixa proporção dos agregados (0,3%). Por outro lado, a maioria dos agregados cozinha num compartimento separado do alojamento (65%: 56% no meio urbano e 73% no meio rural) e quase um quarto dos agregados (23%: 29% no meio urbano e 16% no meio rural) cozinha no interior da casa.

2.5.4 Posse de bens duradouros

Para avaliar o nível de vida socioeconómica dos agregados familiares, procuramos saber se os agregados possuem certos bens considerados como indicadores do nível socioeconómico e de maneira indirecta, determinar os seus níveis de acesso à informação e aos serviços sociais.

No quadro 2.9, podemos constatar que a rádio é o bem mais frequentemente possuído pelos agregados (69%). Segundo o meio de residência, as proporções variam de um mínimo de 58% no meio rural para um máximo de 71% no meio urbano. Para além da rádio, os bens duráveis mais possuídos pelos agregados são a televisão (49%: 59% no meio urbano e 40% no meio rural), o telemóvel (49%), o frigorífico (30%), as terras agrícolas (28%) e a bicicleta (14%).

Quadro 2.9 Bens duradouros dos agregados familiares

Percentagem de agregados familiares e da população de direito que possuem alguns bens de consumo, alguns meios de transporte, terras agrícolas, por meio de residência, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

	Agregados familiares			População		
Bens duradouros	Urbano	Rural	Total	Urbano	Rural	Total
Rádio	71,0	58,0	64,5	75,3	61,5	68,5
Televisão	59,3	39,7	49,4	65,1	46,6	56,0
Telemóvel	55,4	42,1	48,7	60,8	47,8	54,4
Telefone fixo	12,6	5,7	9,1	13,8	7,1	10,5
Frigorífico	40,0	20,4	30,1	44,1	24,2	34,3
Bicicleta	13,6	13,6	13,6	16,7	15,8	16,2
Motorizada	7,3	7,3	7,3	8,6	9,7	9,2
Automóvel particular	7,8	3,7	5,7	9,7	5,1	7,4
Barco/bote	0,4	0,5	0,4	0,3	0,6	0,5
Posse de terras agrícolas	15,8	39,8	27,9	17,9	42,1	29,8
Efectivo	1 756	1 780	3 536	6 886	6 665	13 552

2.5.5 Índice do bem-estar económico

O índice de bem-estar económico do agregado familiar acima mencionado é calculado a partir de dados sobre os bens dos agregados e utilizando a análise de componente principal. As informações sobre os bens dos agregados provêem do questionário Agregado Familiar de IDS em STP sobre a posse por parte dos agregados de certos bens de consumo, tais como a televisão, a rádio, ou o automóvel. Estas informações baseiam-se também sobre certas características do alojamento como a disponibilidade da electricidade, a fonte de abastecimento de água, o tipo de casa de banho, o material de pavimento, o número de pessoas por quarto de dormir e a fonte de energia utilizada para cozinhar.

Atribuímos a cada um desses bens e características um peso (pontuação ou coeficiente) gerado a partir de uma análise por componente principal. Os coeficientes atribuídos aos bens que daí resultam são colocados segundo uma distribuição normal padrão média 0 e um desvio padrão 1 (Gwatkin, Rutstein, Johnson, Pande e Wagstaff, 2000). Os indivíduos são colocados em função do coeficiente total do agregado familiar no qual residem. De seguida a amostra é dividida em quintil de população, correspondendo cada quintil, a um nível indo de 1 (o mais pobre) a 5 (o mais rico).

O quadro 2.10 apresenta a distribuição da população por quintil do bem-estar económico, segundo o meio de residência e a região.

O quadro 2.10 indica que um agregado familiar urbano em cada dois é classificado nos dois quintís mais ricos. No extremo oposto, podemos observar que um agregado familiar rural em cada dois pertence aos dois quintís mais pobres. É a Região Centro que conta a proporção mais elevada do agregado colocado no quintil mais rico (27%). No extremo oposto, na Região Sul, 55% dos agregados pertencem aos dois quintís mais pobres. Esta proporção é igualmente elevada na Região Norte (54%). Na Região do Príncipe, 48% dos agregados pertence ao quintil médio ou ao quarto quintil.

Quadro 2.10 Quintis de bem-estar económico

Distribuição percentual da população (de jure) por quintil de bem-estar económico, segundo o meio de residência e a região, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

	Quintil de bem-estar económico						
Meio de residência/região	O mais pobre	Segundo	Médio	Quarto	O mais rico	Total	Efectivo de população
Meio de residência							
Urbano	15,0	14,8	20,3	21,8	28,0	100,0	6 886
Rural	25,2	25,2	19,7	18,3	11,6	100,0	6 665
Região							
Região Centro	15,6	16,3	19,2	21,8	27,2	100,0	8 136
Região Sul	30,9	24,0	24,2	14,6	6,3	100,0	1 840
Região Norte	26,3	27,7	19,5	17,3	9,2	100,0	2 922
Região do Príncipe	17,2	19,5	21,1	27,3	14,9	100,0	654
Total	20,0	19,9	20,0	20,1	19,9	100,0	13 552

2.6 REGISTO DE NASCIMENTO

O registo de nascimento integra-se na Convenção das Nações Unidas relativa aos Direitos da Criança (CRC). O registo da criança à nascença é essencialmente para permitir a criança de ocupar o seu lugar no mundo e de ter acesso aos seus direitos, quer sejam jurídicas, políticas, sociais, ligadas à saúde, à educação, etc.

O quadro 2.11 indica a percentagem de crianças menores de 5 anos cujo nascimento foi declarado ao registo segundo certas características sócio-demográficas. Três em cada quatro crianças (75%) foram declaradas ao registo. Durante o inquérito, a certidão de nascimento ou a cédula pessoal da criança foram vistas para cerca de 66% das crianças, e para 9% das crianças não foi possível conferir tais documentos.

Segundo a idade, os resultados mostram que a declaração dos nascimentos é mais baixa entre as crianças menores de dois anos (64%) e entre 2 a 4 anos (83%). Não há uma diferença significativa nas declarações dos nascimentos entre os sexos (75%) para os rapazes e 76% para as raparigas) ou entre os dois meios de residência (76% no meio urbano e 78% no meio rural). Segundo a região, a declaração dos nascimentos é mais baixa na Região Centro (68%) e a mais elevada na Região Norte (90%). Podemos dizer que, o quintil do bem-estar económico não tem uma influência muito clara sobre a declaração de nascimento, excepto para o quintil mais rico onde podemos observar a proporção mais elevada de crianças cujo nascimento foi declarado.

Quadro 2.11 Declaração das crianças menores de cinco anos ao registo

Percentagem de crianças menores de cinco anos (de jure) cujo nascimento foi declarado ao registo, por algumas características sociodemográficas, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

Características sociodemográficas	Percentagem de crianças cujo nascimento foi declarado: Possui uma certidão de nascimento/cédula	Percentagem de crianças cujo nascimento foi declarado: Não possui uma certidão de nascimento/cédula	Total crianças declaradas	Efectivo de crianças
Idade				
<2	52,7	11,5	64,2	856
2-4	75,0	7,5	82,5	1 245
Sexo				
Masculino	65,9	8,7	74,6	1 052
Feminino	66,0	9,5	75,5	1 049
Meio de residência				
Urbano	65,6	10,8	76,4	1 032
Rural	66,3	7,5	73,8	1 069
Região				
Região Centro	61,4	6,8	68,2	1 241
Região Sul	66,9	10,4	77,3	287
Região Norte	76,1	13,6	89,7	465
Região do Príncipe	71,5	13,5	85,0	108
Quintil de bem-estar económico				
O mais pobre	65,7	8,7	74,4	424
Segundo	61,7	9,6	71,3	418
Médio	61,2	11,0	72,2	457
Quarto	62,9	10,2	73,1	422
O mais rico	79,9	5,6	85,5	380
Total	65,9	9,1	75,1	2 101

CARACTERÍSTICAS DAS MULHERES E DOS HOMENS INQUIRIDOS 3

Este capítulo baseia-se sobre as características sócio-demográficas das mulheres inquiridas de 15-49 anos e dos homens inquiridos de 15-59 anos. A semelhança do questionário agregado familiar, os questionários individuais permitem recolher informações sobre a idade, o meio de residência, o estado civil, o nível de instrução dos inquiridos(as) e o quintil do bem-estar económico. Essas diferentes características serão utilizadas como variáveis de análise deste relatório. Este capítulo contém igualmente informações sobre a alfabetização, o acesso à comunicação social, a actividade económica das mulheres e dos homens, a cobertura da assistência médica, o conhecimento e as atitudes face à tuberculose, e o consumo do tabaco.

3.1 CARACTÉRISTICA SÓCIODEMOGRÁFICAS DOS INQUIRIDOS

A idade, variável fundamental na análise dos fenómenos demográficos, constitui uma das informações mais difíceis de obter de maneira precisa, uma vez que o registo escrito dos acontecimentos (mais precisamente a declaração dos factos do registo civil) ainda não está ancorado nos hábitos de toda a população de STP. Assim, uma atenção particular foi prestada no momento do inquérito individual. Perguntou-se em primeiro aos inquiridos a sua data de nascimento e depois a sua idade. Quando já tínhamos a data de nascimento e a idade, a inquiridora/inquiridor iria então controlar a coerência entre as duas informações. No caso do inquirido(a) não souber a sua data de nascimento ou a sua idade, a inquiridora/inquiridor tentaria obter um documento oficial (Bilhete de identidade, certidão de nascimento) onde consta a data de nascimento. Quando nenhum documento estivesse disponível, a inquiridora/ inquiridor deveria calcular a idade do inquirido(a), seja por comparação com a idade de outros membros do agregado familiar, ou pela dedução a partir da historia do inquirido(a), ou ainda utilizando referências históricas.

Os resultados apresentados no quadro 3.1 mostram que as distribuições das mulheres e dos homens dos 15-49 anos por grupos etários quinquenais apresentam um aspecto bastante regular. As proporções de cada grupo etário diminuem regularmente à medida que avançamos na idade, excepto para os grupos etários dos 35-44 anos nas mulheres e 25-34 nos homens. Para as mulheres, as proporções passam de 21% no grupo 15-19 anos para mais de 8% na faixa etária dos 45-49 anos. Para os homens, as proporções variam de 27% na faixa 15-19 anos para menos de 8% no grupo 45-49 anos.

O quadro apresenta igualmente a distribuição das mulheres e dos homens segundo o estado civil no momento do inquérito. Sabendo que, no quadro do IDS-STP, foram considerados em união as mulheres e os homens que declararam ser casados e vivendo com um /uma parceiro(a); por outro lado, as mulheres e os homens que declararam não ter parceiro(a) ou nunca ter parceiro(a) foram considerados como solteiros. Segundo esta definição, cerca de uma em cada quatro mulheres (23%) é solteira, dois terços estão em união (66%) e 11% estão em ruptura de união (viuvez e divórcio/separação). Os resultados em relação aos homens fazem transparecer uma proporção mais elevada de solteiros do que solteiras (45% contra 23%). Do mesmo modo, a proporção de homens casados/em união é mais baixa (46% contra 66%). Por outro lado, a proporção de homens em ruptura de união é um pouco mais baixa que as observadas nas mulheres (9% contra 11%). É importante notar que a maioria das uniões em STP constitui união consensual (de facto).

Quadro 3.1 Características sociodemográficas dos inquiridos

Distribuição percentual das mulheres e dos homens entrevistados de 15-49 anos segundo algumas características sociodemográficas, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

Características sociodemográficas	Mulheres			Homens		
	Percentagem ponderada	Efectivo Ponderado	Efectivo Não ponderado	Percentagem ponderada	Efectivo Ponderado	Efectivo Não ponderado
Grupo Etário						
15-19	21,2	555	540	27,3	566	498
20-24	17,6	459	447	16,9	351	340
25-29	17,3	452	446	14,1	293	313
30-34	15,2	398	394	14,5	302	306
35-39	9,9	258	282	10,9	227	239
40-44	10,8	282	294	8,5	176	207
45-49	8,1	211	212	7,9	164	172
Estado civil						
Solteiro	23,1	605	549	45,0	936	857
Casado	3,6	95	99	3,2	66	67
Em união	62,1	1,623	1 655	43,0	892	947
Divorciado/separado	10,8	283	298	8,7	180	199
Viúvo	0,3	9	14	0,2	4	5
Meio de residência						
Urbano	54,8	1,433	1 173	48,6	1,010	835
Rural	45,2	1,182	1 442	51,4	1,068	1 240
Região						
Região Centro	63,9	1,670	935	57,3	1,190	593
Região Sul	12,4	324	636	13,6	284	596
Região Norte	19,2	502	626	23,9	498	483
Região do Príncipe	4,6	119	418	5,1	107	403
Nível de instrução						
Nenhum	5,9	155	174	1,2	25	31
Primário	58,0	1,516	1 644	55,3	1,148	1 261
Secundário	35,4	925	785	42,0	872	755
Superior	0,7	19	12	1,6	33	28
Quintil de bem-estar económico						
O mais pobre	17,7	462	524	18,7	390	451
Segundo	19,7	516	553	19,6	408	438
Médio	18,2	475	522	20,1	417	453
Quatro	21,3	557	548	19,9	413	414
O mais rico	23,1	605	468	21,7	451	319
Religião						
Católica	69,8	1,826	1 851	57,9	1,204	1 232
Evangélica	4,3	112	126	8,1	168	156
Adventista	3,7	97	85	4,5	93	93
Testemunha de Jeová	0,8	20	19	0,8	17	22
Maná	3,1	80	56	3,1	64	60
Nova Apostólica	2,8	74	106	5,9	122	154
Muçulmana	0,1	3	2	0,0	0	0
Nenhuma	10,5	274	259	16,0	333	279
Outra religião	4,2	109	97	3,5	72	74
Sem informação	0,7	19	14	0,3	6	5
Total 15-49	100,0	2,615	2 615	100,0	2,078	2 075
Homens 50-59	na	na	na	na	218	221
Total dos homens 15-59	na	na	na	na	2,296	2 296

Nota: O nível de instrução corresponde ao nível mais alto atingido independentemente que seja concluído ou não.
na = Não se aplica.

Os resultados relativos à distribuição geográfica mostram a primeira vista que a proporção de mulheres que vivem no meio urbano é um pouco mais elevada que a proporção das que vivem no meio rural (55% contra 45%). Ao contrário, nos homens, não se observa praticamente nenhuma desigualdade entre os dois meios (49% no meio urbano contra 51% no meio rural). Por outro lado, podemos constatar que é a Região Centro que concentra a proporção mais significativa de mulheres e de homens (64% e 57% respectivamente). No extremo oposto, está a Região do Príncipe onde se nota as proporções mais baixas de mulheres e de homens (5%).

No que diz respeito ao nível de instrução, os resultados deixam transparecer uma proporção baixa de mulheres e de homens sem nenhuma instrução (6% e 11%, respectivamente). No entanto, a diferença entre as mulheres e os homens continua significativa. Proporções quase iguais de mulheres e homens atingiram o nível primário (58% e 57%, respectivamente). Quanto à proporção dos que atingiram o nível secundário, nota-se que é muito baixa e mais elevada nos homens do que nas mulheres (40% contra 37%). Poucas mulheres e homens atingiram o nível superior (0,7% e 1,6%, respectivamente). No entanto, nota-se aqui também uma diferença a favor dos homens.

O mesmo quadro 3.1 apresenta igualmente a distribuição dos homens e mulheres segundo o nível do bem-estar económico do agregado familiar. Podemos constatar que cerca de duas mulheres em cada dez (18%) vivem num agregado familiar do quintil mais pobre (18%); esta proporção é ligeiramente mais elevada para os homens (19%). No extremo oposto, 23% das mulheres e 22% dos homens vivem num agregado do quintil mais rico.

No que diz respeito à religião, a maioria dos inquiridos é da religião católica (70% das mulheres e 58% dos homens). Podemos sublinhar que entre os homens, 8% são evangelistas. Esta proporção não ultrapassa 4% nas mulheres. Por outro lado, 4% das mulheres e dos homens são adventistas.

3.2 NIVEL DE INSTRUÇÃO POR CARACTERÍSTICAS SÓCIODEMOGRÁFICAS

Os quadros 3.2.1 e 3.2.2 apresentam dados por nível de instrução atingido pelos inquiridos. Os resultados são apresentados por determinadas características demográficas. Verifica-se que a proporção de mulheres sem instrução formal é baixa, embora superior a dos homens (6% contra 1%). As diferenças têm diminuído ao nível da instrução primária, onde a diferença das proporções é pequena (58% de mulheres contra 56% de homens). Por outro lado, a proporção de homens que atingiram o ensino secundário ou superior é mais elevada do que a das mulheres (42% e 36%, respectivamente).

No entanto, constatamos que, independentemente do sexo, geralmente o nível de instrução melhora das gerações mais velhas para as mais novas. Com efeito, a proporção de mulheres sem nível de instrução diminui com a idade (de 21% entre as de 45-49 anos para 2% entre aqueles com idade entre 15-19). Nota-se igualmente que a proporção de mulheres que atingiram um nível secundário ou superior varia entre 15% na faixa de 45-49 anos e 51% na faixa de 15-19 anos. No caso dos homens, acontece o mesmo efeito de gerações, sendo a proporção de pessoas sem nenhuma instrução passou de 3,6% entre os entrevistados de 50-59 anos para 0,4% entre os de 15-19 anos. Quanto ao nível secundário ou superior, as proporções variam entre 35% nos homens com idade compreendida entre 50-59 anos e 57% nos homens entre 15-19 anos.

Para além disso, o nível de instrução dos inquiridos varia consoante o meio de residência. De facto as proporções de mulheres e homens instruídos são mais elevadas no meio urbano do que no meio rural; apenas 27% das mulheres e 33% dos homens que vivem no meio rural tem o nível do secundário ou superior, contra 43% e 55% respectivamente no meio urbano.

Quadro 3.2.1 Nível de instrução: Mulheres

Distribuição percentual das mulheres entrevistadas por nível de instrução atingido ou concluído e mediana de anos de escolaridade concluídos, por características sociodemográficas, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

Características sociodemográficas	Nível de instrução mais elevado						Total	Mediana de anos concluídos	Efectivo de mulheres
	Nenhum	Primário incompleto	Primário completo[1]	Secundário incompleto	Secundário completo[2]	Superior			
Grupo etário									
15-24	3,3	33,6	12,2	50,5	0,4	0,1	100,0	6,1	1 014
15-19	1,6	26,9	14,8	56,2	0,3	0,2	100,0	6,5	555
20-24	5,3	41,6	9,0	43,7	0,5	0,0	100,0	5,4	459
25-29	3,2	52,3	11,2	32,6	0,4	0,3	100,0	4,4	452
30-34	4,9	55,3	9,7	27,9	0,0	2,1	100,0	4,0	398
35-39	5,0	60,1	12,8	19,0	1,3	1,8	100,0	4,0	258
40-44	10,7	53,5	11,9	23,5	0,4	0,0	100,0	3,8	282
45-49	21,1	54,9	8,8	12,9	0,7	1,6	100,0	3,2	211
Meio de residência									
Urbano	5,8	40,1	10,8	41,4	0,6	1,3	100,0	5,4	1 433
Rural	6,1	54,4	12,1	27,1	0,3	0,0	100,0	4,0	1 182
Região									
Região Centro	5,0	39,9	12,0	41,6	0,4	1,1	100,0	5,4	1 670
Região Sul	10,6	60,7	8,8	18,9	0,8	0,2	100,0	3,7	324
Região Norte	6,9	59,3	10,4	23,0	0,4	0,0	100,0	3,8	502
Região do Príncipe	1,7	48,6	14,6	35,0	0,0	0,0	100,0	5,0	119
Quintil de bem-estar económico									
O mais pobre	12,9	66,7	6,4	13,9	0,1	0,0	100,0	3,4	462
Segundo	9,7	60,0	11,4	18,9	0,0	0,0	100,0	3,7	516
Médio	4,1	55,3	14,5	26,0	0,2	0,0	100,0	4,1	475
Quatro	3,0	38,7	16,5	41,1	0,5	0,1	100,0	5,5	557
O mais rico	1,5	20,2	8,0	66,0	1,3	3,0	100,0	7,5	605
Total	5,9	46,6	11,4	34,9	0,5	0,7	100,0	4,7	2 615

[1] Concluiu com sucesso as 6 classes do nível primário.
[2] Concluiu com sucesso as 5 classes do nível secundário.

Os resultados por região mostram igualmente grandes disparidades. A proporção de mulheres com instrução secundária é particularmente mais alta na Região Centro (43%), seguida pela Região do Príncipe (35%). No caso dos homens, a proporção mais alta dos que atingiram o nível secundário ou mais é igualmente observada na Região Centro (53%), seguida pela Região do Príncipe (39%). No extremo oposto, a Região Sul e a Região Norte são as duas regiões menos instruídas. Assim, apenas 20% das mulheres e 32% dos homens na Região Sul, e 23% mulheres e 28% dos homens na Região Norte têm um nível de instrução secundário ou superior.

Os dados deste quadro mostram que existe uma relação positiva entre o nível de instrução e o nível de bem-estar económico do agregado familiar. De facto, as proporções de mulheres e homens sem instrução diminuem dos agregados familiares mais pobres para os mais ricos.

Quadro 3.2.2 Nível de instrução: Homens

Distribuição percentual dos homens entrevistados por nível de instrução atingido ou concluído e mediana de anos de escolaridade concluídos, por características sociodemográficas, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

Características sociodemográficas	Nível de instrução mais elevado: Nenhum	Primário incompleto	Primário completo[1]	Secundário incompleto	Secundário completo[2]	Superior	Total	Mediana de anos concluídos	Efectivo de homens
Grupo Etário									
15-24	0,9	36,3	10,8	50,6	0,8	0,6	100,0	6,2	917
15-19	0,4	29,9	12,5	56,8	0,4	0,0	100,0	6,4	566
20-24	1,7	46,5	8,1	40,5	1,6	1,6	100,0	5,2	351
25-29	2,1	46,2	11,2	37,7	0,9	1,8	100,0	5,1	293
30-34	0,9	54,9	12,1	30,0	0,2	1,9	100,0	4,3	302
35-39	1,4	51,9	16,3	29,5	0,6	0,3	100,0	4,8	227
40-44	1,2	37,4	17,2	37,3	2,0	4,9	100,0	5,7	176
45-49	1,3	48,0	10,3	35,9	0,0	4,6	100,0	5,1	164
Meio de residência									
Urbano	0,6	34,4	10,2	51,1	1,2	2,6	100,0	6,4	1 010
Rural	1,7	51,3	14,1	31,9	0,4	0,7	100,0	4,8	1 068
Região									
Região Centro	0,9	33,2	12,5	50,3	1,0	2,1	100,0	6,3	1 190
Região Sul	1,9	55,6	10,8	29,2	0,9	1,6	100,0	4,2	284
Região Norte	1,5	58,6	12,1	26,7	0,3	0,7	100,0	4,2	498
Região do Príncipe	0,6	47,6	12,6	38,6	0,0	0,6	100,0	5,1	107
Quintil de bem-estar económico									
O mais pobre	3,2	60,9	14,4	21,0	0,6	0,0	100,0	3,9	390
Segundo	2,2	61,9	13,5	22,1	0,1	0,2	100,0	4,0	408
Médio	0,4	49,8	10,6	38,9	0,0	0,2	100,0	5,0	417
Quatro	0,3	37,4	11,6	47,7	1,7	1,3	100,0	6,1	413
O mais rico	0,0	9,8	11,0	72,0	1,4	5,8	100,0	8,0	451
Total 15-49	1,2	43,1	12,2	41,2	0,8	1,6	100,0	5,5	2 078
Homens 50-59	3,6	57,7	8,8	23,3	1,7	4,9	100,0	3,8	218
Total dos homens 15-59	1,4	44,5	11,8	39,5	0,8	1,9	100,0	5,3	2 296

[1] Concluiu com sucesso as 6 classes do nível primário.
[2] Concluiu com sucesso as 5 classes do nível secundário.

3.3 ALFABETIZAÇÃO

Durante o inquérito, além de questões sobre a última classe concluída e o nível de instrução atingido pelos inquiridos, foi solicitado aos entrevistados que não tiveram nenhuma instrução e aqueles que declararam ter atingido o nível básico, de ler uma frase escrita na língua oficial (portuguesa) apresentada pelos inquiridores. Foram retidas três modalidades de respostas: "consegue ler a frase inteira, uma parte da frase, ou não consegue ler." Os inquiridos que atingiram o ensino secundário ou mais, foram a priori considerados alfabetizados. Os resultados são apresentados no Quadro 3.3.1 para mulheres e 3.3.2 para os homens.

Quadro 3.3.1 Alfabetização: Mulheres

Distribuição percentual das mulheres de 15-49 anos por nível de instrução atingido e nível de alfabetização, e percentagem de mulheres alfabetizadas por características sociodemográficas, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

		Nenhum nível ou nível primário							
Características sociodemográficas	Nível secundário ou mais	Pode ler a frase inteira	Pode ler uma parte da frase	Não sabe ler	Cega/ problemas de visão	Sem informação	Total	Percentagem alfabetizada[1]	Efectivo
Grupo etário									
15-19	56,7	25,4	9,7	7,7	0,0	0,5	100,0	91,8	555
20-24	44,2	27,7	13,8	13,5	0,0	0,7	100,0	85,8	459
25-29	33,3	32,2	22,2	12,1	0,1	0,2	100,0	87,6	452
30-34	30,1	36,4	20,2	13,1	0,2	0,0	100,0	86,7	398
35-39	22,1	41,8	25,1	10,8	0,2	0,0	100,0	88,9	258
40-44	23,9	34,8	12,9	24,0	3,4	0,8	100,0	71,7	282
45-49	15,2	27,1	26,8	28,2	2,6	0,0	100,0	69,2	211
Meio de residência									
Urbano	43,3	26,5	15,5	13,4	0,9	0,4	100,0	85,3	1 433
Rural	27,4	37,4	19,8	14,8	0,3	0,3	100,0	84,6	1 182
Região									
Região Centro	43,1	34,0	12,2	9,7	0,6	0,4	100,0	89,3	1 670
Região Sul	19,9	24,8	29,2	25,3	0,8	0,0	100,0	73,9	324
Região Norte	23,5	27,9	24,9	22,3	0,9	0,5	100,0	76,3	502
Região do Príncipe	35,0	28,1	27,6	9,3	0,0	0,0	100,0	90,7	119
Quintil de bem-estar económico									
O mais pobre	14,0	31,2	25,6	27,9	0,9	0,4	100,0	70,8	462
Segundo	18,9	37,8	20,8	22,1	0,3	0,1	100,0	77,4	516
Médio	26,1	35,5	23,7	13,1	0,8	0,7	100,0	85,3	475
Quatro	41,7	35,8	14,3	7,2	0,8	0,1	100,0	91,8	557
O mais rico	70,3	18,9	6,3	3,6	0,5	0,4	100,0	95,5	605
Total	36,1	31,4	17,4	14,0	0,7	0,4	100,0	85,0	2 615

[1] Ou seja as mulheres que pelo menos tinham frequentado o secundário e as que sabem lerem uma frase inteira ou uma parte de frase.

A maioria das mulheres (85%) e dos homens (93%) é considerada alfabetizada. Mas, comparando os quadros 3.3.1 e 3.2.1, podemos constatar que a proporção de mulheres que não sabe ler é maior do que a proporção das que nunca frequentaram a escola (14% contra 6%). Esta diferença indica que uma parte da população feminina não frequentou a escola durante um tempo suficiente ao ponto de saber ler ou escrever, ou depois de deixar frequentar a escola, tornou-se analfabeta por ter esquecido o que tinha aprendido (o fenómeno de desalfabetização funcional).

As proporções de alfabetizados do sexo feminino e masculino não variam muito por meio de residência. No meio urbano, 50% das mulheres e 95% dos homens são alfabetizados contra 50% e 93% respectivamente no meio rural.

Por região, a análise dos resultados, para além das diferenças por sexo, põe em evidência as disparidades espaciais de alfabetização, quer sejam homens ou mulheres, como já foi mencionado anteriormente sobre o nível de instrução. Foram na Região Centro (89% mulheres e 96% homens) e na Região do Príncipe (91% mulheres e 94% de homens) que observamos as maiores proporções de alfabetizados.

Quanto ao quintil de bem-estar, como era de se esperar, as proporções de mulheres e homens alfabetizados aumentam dos mais pobres aos mais ricos. Por exemplo, a percentagem de mulheres alfabetizadas passa de 71% entre aquelas do quintil mais pobre para 96% entre aquelas do quintil mais rico. Para os homens, o valor para essas duas categorias aumenta de 86% para 100%.

Quadro 3.3.2 Alfabetização: Homens

Distribuição percentual dos homens de 15-49 anos por nível de instrução atingido e nível de alfabetização, e percentagem de homens alfabetizados por características sociodemográficas, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

		Nenhum nível ou nível primário							
Características sociodemográficas	Nível secundário ou mais	Pode ler a frase inteira	Pode ler uma parte da frase	Não sabe ler	Cego/ Problemas de visão	Sem informação	Total	Percentagem alfabetizada[1]	Efectivo
Grupo etário									
15-19	57,2	26,1	11,9	4,0	0,3	0,5	100,0	95,2	566
20-24	43,7	38,9	11,9	5,5	0,0	0,0	100,0	94,5	351
25-29	40,4	40,3	13,9	4,9	0,0	0,5	100,0	94,6	293
30-34	32,2	47,4	15,3	5,0	0,2	0,0	100,0	94,8	302
35-39	30,4	47,0	15,4	7,1	0,0	0,0	100,0	92,9	227
40-44	44,1	38,9	9,3	4,3	3,3	0,0	100,0	92,4	176
45-49	40,4	34,3	12,8	8,3	2,4	1,7	100,0	87,6	164
Meio de residência									
Urbano	54,8	28,1	11,9	5,0	0,1	0,0	100,0	94,9	1 010
Rural	32,9	46,1	13,8	5,5	1,0	0,7	100,0	92,9	1 068
Região									
Região Centro	53,4	35,4	7,5	3,1	0,2	0,5	100,0	96,3	1 190
Região Sul	31,7	43,2	16,9	7,5	0,6	0,0	100,0	91,9	284
Região Norte	27,8	38,9	22,3	9,1	1,6	0,3	100,0	89,0	498
Região do Príncipe	39,2	36,3	18,9	5,3	0,3	0,0	100,0	94,4	107
Quintil de bem-estar económico									
O mais pobre	21,5	44,2	20,3	11,0	2,5	0,4	100,0	86,1	390
Segundo	22,4	46,9	21,7	8,6	0,3	0,0	100,0	91,1	408
Médio	39,1	45,5	10,8	4,6	0,0	0,0	100,0	95,4	417
Quatro	50,7	33,3	11,7	2,8	0,1	1,4	100,0	95,7	413
O mais rico	79,2	19,1	1,6	0,0	0,0	0,0	100,0	100,0	451
Total 15-49	43,6	37,4	12,9	5,2	0,6	0,3	100,0	93,8	2 078
Homens 50-59	29,8	44,5	13,8	7,7	4,1	0,0	100,0	88,2	218
Total dos homens 15-59	42,3	38,1	13,0	5,5	0,9	0,3	100,0	93,3	2 296

[1] Ou seja os homens que pelo menos tinham frequentado o secundário e os que sabem lerem uma frase inteira ou uma parte de frase.

3.4 EXPOSIÇÃO AOS MEIOS DE COMUNICAÇÃO SOCIAL

Os dados referentes à exposição de mulheres e homens à comunicação social são particularmente importantes para o desenvolvimento de programas educacionais e difusão da informação em todas as áreas, incluindo as da saúde e do planeamento familiar. Os Quadros 3.4.1 e 3.4.2 apresentam dados sobre a exposição de mulheres e homens à comunicação social (imprensa audiovisual ou escrita).

Quadro 3.4.1 Exposição a meios de comunicação: Mulheres

Percentagem de mulheres de 15-49 anos que habitualmente lê um jornal, assiste a televisão e/ou escuta a rádio pelo menos uma vez por semana, por algumas características sociodemográficas, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

Características sociodemográficas	Lê um jornal pelo menos uma vez por semana	Assiste à televisão pelo menos uma vez por semana	Escuta a rádio pelo menos uma vez por semana	Os três meios pelo menos uma vez por semana	Nenhum meio pelo menos uma vez por semana	Efectivo
Grupo etário						
15-19	36,7	89,0	91,3	34,7	5,4	555
20-24	31,9	87,1	87,7	30,4	7,1	459
25-29	26,6	80,5	85,3	24,9	10,2	452
30-34	26,7	82,4	84,0	24,1	9,3	398
35-39	28,2	76,0	77,4	24,8	14,9	258
40-44	22,1	72,4	79,1	18,8	13,6	282
45-49	23,2	72,9	79,3	21,5	16,3	211
Meio de residência						
Urbano	32,3	87,3	87,5	30,7	7,3	1 433
Rural	25,2	75,2	81,6	22,2	12,9	1 182
Região						
Região Centro	28,4	86,5	88,2	27,0	7,0	1 670
Região Sul	37,6	68,3	75,4	32,5	19,1	324
Região Norte	19,8	73,8	78,1	17,0	14,7	502
Região do Príncipe	54,3	86,9	92,6	51,1	3,9	119
Nível de instrução						
Nenhum	3,6	54,0	70,8	3,6	24,2	155
Primário	21,2	77,5	81,4	18,5	12,5	1 516
Secundário ou mais	45,9	93,3	92,8	44,2	3,2	944
Quintil de bem-estar económico						
O mais pobre	16,8	56,5	69,0	12,3	25,0	462
Segundo	22,5	67,8	75,5	18,2	15,4	516
Médio	29,2	86,3	89,0	27,3	6,5	475
Quatro	31,6	96,5	94,5	31,2	1,4	557
O mais rico	41,6	96,0	92,9	41,1	3,8	605
Total	29,1	81,8	84,9	26,9	9,8	2 615

Constatamos que a maioria das mulheres e homens de STP está exposta à comunicação social. Na verdade, menos de 10% das mulheres e menos de 6% dos homens não estão expostos a um tipo de comunicação social. De entre todos os meios de comunicação, a rádio é a mais ouvida: quase 85% das mulheres e 90% dos homens declararam ouvir a rádio pelo menos uma vez por semana. A Televisão aparece em segundo lugar: é vista, pelo menos uma vez por semana por 82% de mulheres e 86% dos homens. Ainda, observamos que os homens declararam mais frequentemente do que as mulheres, que lêem jornais: 29% das mulheres contra 46% dos homens declarou ler um jornal pelo menos uma vez por semana. As proporções de pessoas que foram expostas a dois dos três meios de comunicação são relativamente baixas: apenas 29% das mulheres e 43% dos homens.

Por faixa etária, constatamos que entre as mulheres, as gerações mais jovens estão geralmente mais expostas à comunicação social do que as mais velhas. Com efeito, a proporção de mulheres que estão expostas a três meios de comunicação social variam de 35% entre os 15-19 anos para 22% entre aqueles com idade entre 45-49 anos. Ao contrário, no caso dos homens, os mais jovens estão menos expostos aos três meios de comunicação social do que os mais velhos, porque as gerações mais jovens lêem menos do que as mais velhas.

De acordo com o meio de residência, os resultados mostram diferenças significativas. No meio rural, as mulheres expostas aos três meios de comunicação social são proporcionalmente menos numerosas (22%) do que no meio urbano (31%). Entre os homens, a diferença é também significativa, a proporção varia de 36% no meio rural para 49% no meio urbano.

Os resultados desagregados por região mostram disparidades: a proporção de mulheres e homens que têm acesso aos três meios de comunicação social é mais elevada na Região do Príncipe (51% e 63% respectivamente). No extremo oposto, é na Região Norte que o nível de exposição aos três meios de comunicação social é a mais baixa (17% de mulheres e 30% dos homens).

Quadro 3.4.2 Exposição a meios de comunicação: Homens

Percentagem de homens de 15-49 anos que habitualmente lê um jornal, assiste à televisão e/ou escuta a rádio pelo menos uma vez por semana, por algumas características sociodemográficas, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

Características sociodemográficas	Lê um jornal pelo menos uma vez por semana	Assiste à televisão pelo menos uma vez por semana	Escuta a rádio pelo menos uma vez por semana	Os três meios pelo menos uma vez por semana	Nenhum meio pelo menos uma vez por semana	Efectivo
Grupo etário						
15-19	36,4	91,7	91,0	35,5	3,7	566
20-24	46,9	88,6	90,1	44,7	5,3	351
25-29	40,3	81,9	86,6	36,8	6,3	293
30-34	48,3	85,3	88,2	43,6	6,3	302
35-39	51,2	82,1	85,4	45,6	9,5	227
40-44	57,8	83,1	87,3	52,7	9,0	176
45-49	53,2	79,8	92,1	47,7	5,9	164
Meio de residência						
Urbano	50,5	93,2	92,5	48,7	3,5	1 010
Rural	40,2	79,5	85,7	35,5	8,3	1 068
Região						
Região Centro	43,0	90,5	91,3	40,8	4,1	1 190
Região Sul	63,2	82,0	88,6	60,6	8,5	284
Região Norte	35,7	77,5	82,8	29,6	9,8	498
Região do Príncipe	66,4	89,9	93,6	62,3	2,7	107
Nível de instrução						
Nenhum	(0,0)	(39,2)	(53,9)	(0,0)	(41,2)	25
Primário	37,4	81,0	85,8	33,5	8,3	1 148
Secundário ou mais	56,4	94,0	94,0	53,8	2,1	905
Quintil de bem-estar económico						
O mais pobre	37,9	65,0	76,1	31,5	18,1	390
Segundo	40,0	77,1	84,4	34,4	7,6	408
Médio	45,7	90,1	91,4	43,1	4,0	417
Quatro	46,5	98,1	93,0	45,2	0,8	413
O mais rico	54,5	98,1	98,4	53,8	0,6	451
Total 15-49	45,2	86,2	89,0	41,9	6,0	2 078
Homens 50-59	53,6	80,9	94,9	48,9	4,4	218
Total dos homens 15-59	46,0	85,7	89,5	42,6	5,8	2 296

( ) casos de efectivos não ponderados entre 25 e 50.

Por outro lado, o nível de instrução parece influenciar significativamente o nível de exposição à comunicação social. Tanto as mulheres como os homens, aqueles com ensino secundário ou mais estão mais frequentemente expostos aos três meios de comunicação social: 44% das mulheres e 54% dos homens contra apenas 19% das mulheres e 34% dos homens do nível de instrução primário.

Ainda em relação ao nível de instrução, nota-se uma relação positiva entre o nível de bem-estar do agregado familiar e a exposição à comunicação social. Constatamos que os homens e mulheres que vivem nos agregados mais ricos são frequentemente os mais expostos aos três meios de comunicação social: 41% mulheres e 53% dos homens contra apenas 12% das mulheres e 32% dos homens nos agregados familiares mais pobres.

3.5 ACTIVIDADE ECONÓMICA

Durante o IDS em STP, foram feitas perguntas relativas ao emprego tanto aos homens como às mulheres. Foi considerado como tendo um emprego, homens e mulheres que declararam ter tido durante os doze meses anteriores ao inquérito, um trabalho remunerado ou não, independentemente do sector da actividade. Os resultados são apresentados nos quadros 3.5.1 e 3.5.2.

No seu todo, mais de uma mulher em cada duas (52%) exercia uma actividade no momento do inquérito; uma pequena percentagem (5%) não estava a trabalhar no momento do inquérito, mas teve uma actividade económica durante os últimos 12 meses. No extremo oposto, mais de quatro em cada dez mulheres (43%) não exerciam nenhuma actividade (gráfico 3.1). Nota-se que a percentagem de mulheres que trabalhavam na época da pesquisa aumenta progressivamente com a idade, sendo 20% de entre as jovens de 15-19 anos e 71% entre as mulheres de 40-49 anos. Relativamente ao estado civil, os resultados mostram que são as mulheres em ruptura de união (72%) que eram proporcionalmente mais numerosas a exercer uma actividade no decorrer do inquérito contra 57% das pessoas casadas/em união e 30% de solteiras. O número de filhos também afecta a actividade económica das mulheres. A medida que aumenta o número de crianças, aumenta a proporção de mulheres que exercem uma actividade: 30% entre as que não têm filhos, a proporção sobe para 72% quando têm 5 ou mais filhos.

Por meio de residência, os dados mostram que a proporção de mulheres que trabalhavam na altura do inquérito é ligeiramente superior no meio urbano (53%) do que no meio rural (51%). Nas regiões, a proporção de mulheres que exercem uma actividade varia de 49% na Região do Príncipe até um máximo de 53% na Região Centro. Segundo o nível de instrução, podemos constatar que as mulheres do nível primário (56%) eram proporcionalmente mais numerosas a exercer uma actividade do que as pessoas com um nível de instrução secundário ou mais (46%). Por outro lado, as mulheres dos agregados familiares mais ricos eram as mais frequentemente ocupadas (57%) do que as dos agregados dos outros quintís (variando entre 49% e 54%).

Quadro 3.5.1 Emprego: Mulheres

Distribuição percentual das mulheres de 15-49 anos, segundo a situação perante o emprego, por algumas características sociodemográficas, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

Características sociodemográficas	Trabalhou nos 12 últimos meses anteriores ao inquérito		Não trabalhou nos 12 últimos anos anteriores ao inquérito	Sem informação/ Não sabe	Total	Efectivo de mulheres
	Trabalha actualmente[1]	Não trabalha actualmente				
Grupo etário						
15-19	19,7	3,6	76,3	0,4	100,0	555
20-24	43,8	6,4	49,7	0,0	100,0	459
25-29	58,3	6,8	34,5	0,4	100,0	452
30-34	65,9	2,1	31,8	0,1	100,0	398
35-39	68,9	3,9	27,3	0,0	100,0	258
40-44	71,3	3,9	24,6	0,2	100,0	282
45-49	71,4	5,2	23,4	0,0	100,0	211
Estado civil						
Solteira	30,3	2,5	67,1	0,2	100,0	605
Casada ou em união	56,7	5,4	37,7	0,2	100,0	1 718
Divorciada/separada/viúva	71,5	4,5	23,6	0,4	100,0	291
Número de filhos vivos						
0	29,8	3,3	66,6	0,3	100,0	671
1-2	52,0	6,4	41,4	0,2	100,0	779
3-4	64,9	4,9	30,0	0,2	100,0	697
5+	66,0	3,1	30,9	0,0	100,0	468
Meio de residência						
Urbano	53,1	4,2	42,5	0,1	100,0	1 433
Rural	51,2	5,1	43,5	0,2	100,0	1 182
Região						
Região Centro	53,4	5,4	41,0	0,2	100,0	1 670
Região Sul	50,7	0,3	49,0	0,0	100,0	324
Região Norte	50,2	4,9	44,6	0,3	100,0	502
Região do Príncipe	48,5	4,3	47,2	0,0	100,0	119
Nível de instrução						
Nenhum	54,9	1,3	43,4	0,4	100,0	155
Primário	55,9	5,2	38,7	0,2	100,0	1 516
Secundário ou mais	45,9	4,3	49,7	0,1	100,0	944
Quintil de bem-estar económico						
O mais pobre	53,8	6,2	39,9	0,1	100,0	462
Segundo	48,7	6,4	44,4	0,5	100,0	516
Médio	48,9	3,3	47,6	0,1	100,0	475
Quatro	51,9	4,0	44,1	0,0	100,0	557
O mais rico	57,0	3,5	39,3	0,2	100,0	605
Total	52,2	4,6	43,0	0,2	100,0	2 615

[1] "Trabalha actualmente" refere-se às mulheres que trabalharam durante os sete últimos dias, incluindo as mulheres que não trabalharam durante os sete últimos dias, mas que tinham um trabalho regular e que estavam ausentes do trabalho por estar em ferias, doentes ou por outras razões.

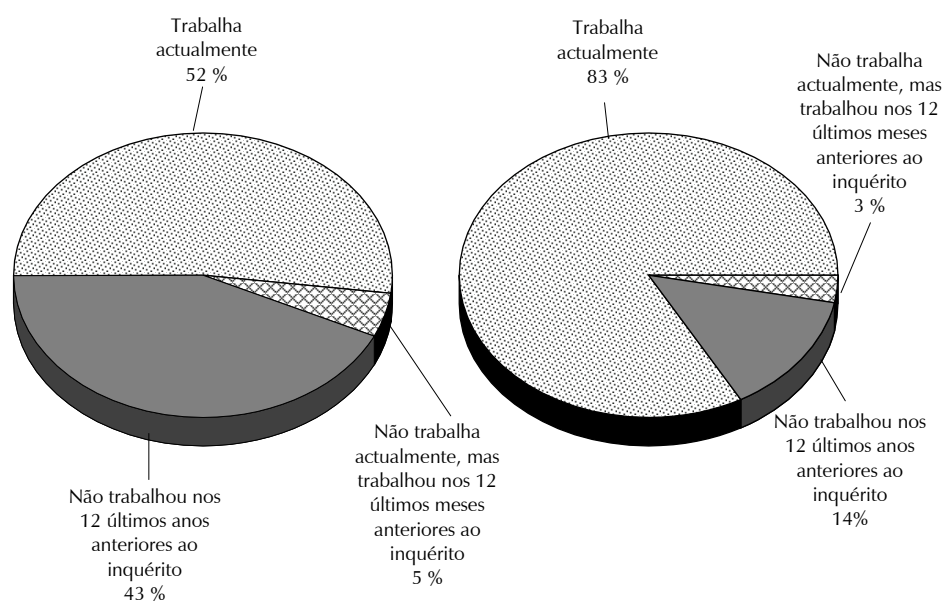
Quadro 3.5.2 Emprego: Homens

Distribuição percentual dos homens de 15-49 anos, segundo a situação perante o emprego, por algumas características sociodemográficas, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

Características sociodemográficas	Trabalhou nos 12 últimos meses anteriores ao inquérito: Trabalha actualmente[1]	Trabalhou nos 12 últimos meses anteriores ao inquérito: Não trabalha actualmente	Não trabalhou nos 12 últimos anos anteriores ao inquérito	Total	Efectivo de homens
Grupo etário					
15-19	46,5	4,9	48,6	100,0	566
20-24	88,6	5,8	5,6	100,0	351
25-29	94,2	3,2	2,5	100,0	293
30-34	99,3	0,6	0,1	100,0	302
35-39	98,3	1,0	0,7	100,0	227
40-44	98,8	0,3	0,9	100,0	176
45-49	94,1	1,8	4,0	100,0	164
Estado civil					
Solteiro	62,0	5,7	32,4	100,0	936
Casado ou em união	98,4	0,8	0,8	100,0	958
Divorciado/separado/viúv	96,6	2,6	0,8	100,0	184
Número de filhos vivos					
0	64,8	5,2	30,0	100,0	1 011
1-2	97,7	1,7	0,6	100,0	415
3-4	98,4	1,1	0,5	100,0	357
5+	97,9	0,6	1,5	100,0	294
Meio de residência					
Urbano	79,1	4,2	16,7	100,0	1 010
Rural	84,4	2,1	13,5	100,0	1 068
Região					
Região Centro	77,1	4,3	18,5	100,0	1 190
Região Sul	86,0	1,1	12,9	100,0	284
Região Norte	89,6	1,7	8,7	100,0	498
Região do Príncipe	86,8	1,9	11,3	100,0	107
Nível de instrução					
Nenhum	(94,7)	(1,2)	(4,1)	100,0	25
Primário	91,1	2,6	6,3	100,0	1 148
Secundário ou mais	69,7	3,9	26,4	100,0	905
Quintil de bem-estar económico					
O mais pobre	88,5	4,0	7,4	100,0	390
Segundo	90,9	1,2	7,9	100,0	408
Médio	84,6	1,9	13,5	100,0	417
Quatro	78,7	4,6	16,7	100,0	413
O mais rico	68,1	4,0	27,9	100,0	451
Total 15-49	81,8	3,1	15,0	100,0	2 078
Homens 50-59	92,0	4,8	3,2	100,0	218
Total dos homens 15-59	82,8	3,3	13,9	100,0	2 296

[1] "Trabalha actualmente" refere-se aos homens que trabalharam durante os sete últimos dias, incluindo os que não trabalharam durante os sete últimos dias, mas que tinham um trabalho regular e que estavam ausentes do trabalho por estar em ferias, doentes ou por outras razões.
( ) casos de efectivos não ponderados entre 25 e 50

Em relação aos homens, os resultados mostram que 83% dos homens exercia uma actividade qualquer na altura do inquérito (gráfico 3.1). Assim como nas mulheres, e de uma forma mais irregular, constatamos que a percentagem de homens que trabalhavam na altura do inquérito aumenta com a idade, passando de 47% entre os jovens de 15-19 anos para 94% entre os homens de 25-29 anos e 45-49 anos. Relativamente ao estado civil, os resultados indicam que os homens casados/em união e aqueles em ruptura de união (viúvos, divorciados ou separados) eram proporcionalmente os mais numerosos a trabalhar na altura do inquérito (98% e 97%, respectivamente). Em relação ao meio de residência, a proporção de homens que trabalhavam na altura do inquérito, é ligeiramente superior no meio rural (84%) do que no meio urbana (79%). Em relação ao nível de instrução, os resultados mostram que os homens com nível de instrução primário (91%) foram proporcionalmente mais numerosos a exercer uma actividade económica do que os do nível secundário ou mais (70%). Finalmente, observa-se que, nos agregados familiares mais ricos, as proporções de homens que trabalhavam são mais baixas do que nos agregados dos outros quintís.

Gráfico 3.1 Trabalho das mulheres e dos homens de 15-49 anos

Os quadros 3.6.1 e 3.6.2 apresentam os resultados por tipo de ocupação das mulheres e dos homens. Dois em cada três mulheres entre aquelas que exerciam uma actividade na altura do inquérito ou que tinham exercido uma actividade durante os doze meses anteriores ao inquérito, trabalhavam no sector de vendas e serviços (66%). Para além disso, 13% das mulheres fazia um trabalho manual não agrícola, 12% trabalhava no sector agrícola e apenas menos de 8%, trabalhava como dirigente ou exercia uma actividade profissional técnica ou administrativa. De acordo com o meio de residência, constatamos que a proporção de mulheres que declararam exercer uma actividade agrícola é com certeza mais elevada no meio rural (24%) do que no meio urbano (3%). Por outro lado, essa proporção é de apenas 7% na Região Centro e de 26% na Região Norte. Quanto ao nível de instrução, os resultados mostram que 34% das mulheres que trabalhavam na agricultura, não tinha nenhum nível de instrução e menos de 3% tinha o nível de instrução secundário ou superior. Segundo o quintil de bem-estar económico, o trabalho agrícola é negativamente correlacionado com a riqueza dos agregados familiares. Com efeito, a percentagem de

mulheres que trabalhavam na agricultura variou de 20% nos agregados mais pobres para 3% nos mais ricos.

A semelhança do que foi observado nas mulheres, é no sector de vendas e serviços que mais de quatro em cada dez homens (44%) trabalhavam, cerca de três em cada dez homens (28%) trabalhava na agricultura, e dois em cada dez (20 %) tinham um trabalho manual qualificado ou não, 7% trabalhou como quadro dirigente ou exercia uma actividade profissional técnica ou administrativa.

Notamos que a proporção de homens que trabalhavam em vendas e serviços tende a diminuir à medida que a idade aumenta. Por outro lado, as proporções de homens que trabalhavam com o quadro técnico ou administrativo aumentam com a idade.

Segundo o meio de residência, constatamos, como era de esperar que a proporção de homens que exerciam a actividade agrícola no meio rural é mais elevada (47% contra 9% no meio urbano). Por outro lado, a proporção de homens que exerciam um trabalho manual qualificado ou não é nitidamente superior a observada no meio rural (56% contra 33%). A nível regional, os resultados mostram que os homens da Região Centro são proporcionalmente mais numerosos a trabalhar nas vendas e serviços (56%), e menos numerosos a trabalhar na agricultura (20%) e nos trabalhos manuais não qualificados (9%). No extremo oposto, são os homens da Região do Príncipe que menos exerciam funções nos sectores de vendas e serviços (25%) bem como os da Região Norte, onde encontramos a proporção mais elevada a trabalhar na agricultura (44%).

Relativamente ao nível de instrução, os resultados mostram que 60% dos homens que trabalham na agricultura, não têm nenhum nível de instrução, enquanto 18% trabalhou como quadro dirigente ou exercendo uma actividade profissional técnica ou administrativa possui o nível de instrução secundário ou superior.

A proporção de homens que são quadros, dirigentes ou estão empregados em actividades profissionais ou administrativas aumenta significativamente com o bem-estar do agregado familiar. A percentagem passa de 0,2% entre os homens que vivem nos agregados mais pobres para 24% entre aqueles dos agregados mais ricos. A tendência inverte-se para aqueles que praticam uma actividade agrícola: mais de quatro homens em cada dez dos agregados familiares mais pobres (42%) estão empregados na agricultura, contra apenas 8% dos agregados mais ricos.

Quadro 3.6.1 Ocupação: Mulheres

Distribuição percentual das mulheres de 15-49 anos que tinham um emprego nos 12 últimos meses anteriores ao inquérito, por tipo de ocupação e por algumas características sociodemográficas, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

Características sociodemográficas	Quadro/ técnicos superiores/ dirigente	Técnico	Pessoal serviços e Vendas	Trabalhador não qualificado	Agricultura	Sem informação	Total	Efectivo de mulheres
Grupo etário								
15-19	0,0	1,2	80,0	8,8	6,2	3,7	100,0	129
20-24	2,8	2,2	74,6	11,1	8,3	1,0	100,0	231
25-29	3,4	3,8	71,1	10,9	9,7	1,1	100,0	295
30-34	5,5	5,7	64,6	13,8	10,5	0,0	100,0	271
35-39	7,0	3,6	57,6	12,3	19,1	0,4	100,0	188
40-44	4,3	3,9	50,5	23,8	17,5	0,0	100,0	212
45-49	6,8	1,6	65,6	7,9	16,9	1,2	100,0	162
Estado civil								
Solteira	5,1	5,3	73,1	8,5	4,7	3,2	100,0	198
Casada ou em união	4,2	3,4	64,4	14,0	13,5	0,6	100,0	1 067
Divorciada/separada/viúva	4,4	1,9	67,2	11,9	14,2	0,4	100,0	222
Número de filhos vivos								
0	5,2	3,0	75,4	7,7	5,9	2,9	100,0	222
1-2	5,0	5,6	66,4	12,9	9,1	0,9	100,0	455
3-4	5,4	3,1	67,2	14,0	10,2	0,0	100,0	487
5+	1,2	1,0	57,1	15,0	24,8	0,8	100,0	323
Meio de residência								
Urbano	6,0	4,9	72,0	13,6	2,8	0,7	100,0	822
Rural	2,4	1,5	58,5	12,2	24,3	1,1	100,0	665
Região								
Região Centro	4,4	4,1	70,9	12,4	7,2	1,0	100,0	982
Região Sul	4,8	1,2	60,1	16,4	17,5	0,0	100,0	165
Região Norte	2,7	1,0	57,4	11,9	25,8	1,1	100,0	276
Região do Príncipe	8,8	8,8	43,5	17,5	21,4	0,0	100,0	63
Nível de instrução								
Nenhum	0,0	1,1	59,7	5,5	33,7	0,0	100,0	87
Primário	0,4	0,7	68,8	14,5	15,3	0,3	100,0	926
Secundário ou mais	12,9	9,2	61,6	11,3	2,9	2,1	100,0	474
Quintil de bem-estar económico								
O mais pobre	0,0	0,4	64,9	14,6	20,1	0,0	100,0	277
Segundo	1,0	1,0	64,3	14,5	18,3	0,9	100,0	284
Médio	0,9	2,0	72,7	8,5	15,5	0,3	100,0	248
Quatro	2,8	0,8	71,7	12,8	10,0	1,8	100,0	311
O mais rico	13,9	10,8	58,8	13,6	1,9	1,1	100,0	366
Total	4,3	3,4	66,0	13,0	12,4	0,9	100,0	1 487

Quadro 3.6.2 Ocupação: Homens

Distribuição percentual dos homens de 15-49 anos que tinham um emprego nos 12 últimos meses anteriores ao inquérito, por tipo de ocupação e por algumas características sociodemográficas, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

Características sociodemográficas	Quadro/ technicien/ dirigente	Técnico	Pessoal serviços e Vendas	Trabalhador qualificado	Trabalhador não qualificado	Agricultura	Sem informação	Total	Efectivo de homens
Grupo etário									
15-19	0,0	0,0	48,8	3,6	16,1	29,4	2,1	100,0	291
20-24	4,0	3,1	57,9	4,2	8,4	21,9	0,5	100,0	331
25-29	4,6	2,3	45,8	4,3	15,4	27,1	0,5	100,0	286
30-34	2,5	1,8	41,2	7,9	16,6	30,0	0,0	100,0	301
35-39	3,1	2,4	35,2	7,0	18,6	32,4	1,4	100,0	225
40-44	8,1	9,5	33,5	8,0	9,7	31,2	0,0	100,0	174
45-49	9,2	4,9	29,4	8,8	11,4	32,8	3,5	100,0	157
Estado civil									
Solteiro	3,5	1,9	51,6	3,5	11,3	26,7	1,5	100,0	633
Casado ou em união	4,8	4,0	40,6	7,6	14,7	27,7	0,5	100,0	950
Divorciado/separado/viúvo	0,8	0,8	33,1	5,3	18,8	39,4	1,7	100,0	183
Número de filhos vivos									
0	3,2	1,4	50,1	3,5	11,9	28,1	1,8	100,0	708
1-2	4,4	3,6	45,4	5,6	16,3	24,7	0,0	100,0	413
3-4	5,3	4,3	37,0	7,9	14,8	30,8	0,0	100,0	356
5+	3,5	4,1	34,3	9,5	14,3	32,5	1,8	100,0	289
Meio de residência									
Urbano	5,8	5,4	56,0	8,0	14,7	8,5	1,6	100,0	841
Rural	2,2	0,7	32,6	4,0	13,2	46,9	0,5	100,0	924
Região									
Região Centro	4,5	4,1	55,7	6,6	7,8	19,7	1,5	100,0	969
Região Sul	5,0	1,2	34,0	4,4	20,6	33,7	1,1	100,0	247
Região Norte	1,3	1,0	27,6	5,4	20,4	44,2	0,0	100,0	454
Região do Príncipe	7,2	4,7	24,5	4,0	28,1	31,0	0,5	100,0	95
Nível de instrução									
Nenhum	(0,0)	(0,0)	(5,5)	(2,6)	(32,1)	(59,8)	(0,0)	100,0	24
Primário	0,2	0,2	39,6	5,6	18,1	34,8	1,5	100,0	1 076
Secundário ou mais	10,1	7,5	51,9	6,5	6,4	17,4	0,2	100,0	666
Quintil de bem-estar económico									
O mais pobre	0,1	0,1	34,6	3,9	19,3	41,5	0,4	100,0	361
Segundo	1,4	0,2	39,0	3,8	20,8	33,5	1,3	100,0	375
Médio	2,6	1,4	44,2	4,7	14,5	32,3	0,3	100,0	360
Quatro	3,0	3,6	49,2	6,8	11,3	24,8	1,4	100,0	344
O mais rico	13,5	10,4	53,1	10,7	2,2	8,4	1,7	100,0	325
Total 15-49	3,9	2,9	43,7	5,9	13,9	28,6	1,0	100,0	1 765
Homens 50-59	7,1	3,3	43,9	10,1	11,3	24,3	0,0	100,0	211
Total de homens 15-59	4,3	3,0	43,8	6,3	13,6	28,1	0,9	100,0	1 977

( ) casos de efectivos não ponderados entre 25 e 50.

O quadro 3.7 apresenta a distribuição das mulheres que tinham ou tiveram um emprego durante os 12 meses anteriores ao inquérito por tipo de remuneração, tipo de empregador e de acordo com a regularidade do emprego. Em geral, constatamos que a maioria das mulheres (80%) era paga somente em dinheiro, 15% com dinheiro e em género, 2% em género e apenas 4% não foi paga (gráfico 3.2). As mulheres que trabalham ou trabalharam no sector não agrícola foram mais pagas em dinheiro (84%) do que aquelas que exerciam uma actividade no sector agrícola (51%).

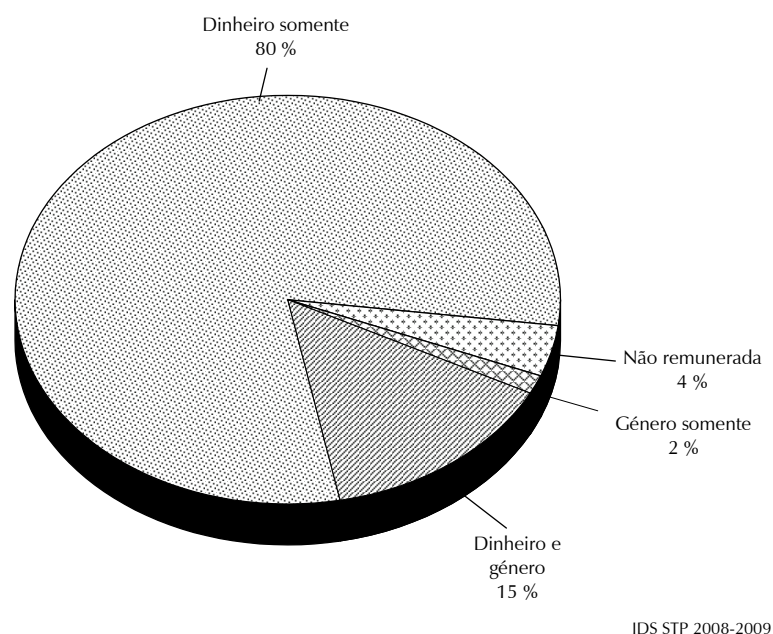
Ainda, cerca de 47% das mulheres trabalhou por conta própria e 44% trabalhou por conta de outrem que não era um membro da família, independentemente do tipo de emprego. No sector agrícola, as mulheres eram proporcionalmente mais numerosas a trabalhar para um membro da família no sector não-agrícola (17% contra 8%). Finalmente, em 83% dos casos, as mulheres trabalharam durante todo o ano, 11% tinha trabalho ocasional, e 6% era trabalhadora sazonal.

Quadro 3.7 Tipo de emprego: Mulheres

Distribuição percentual das mulheres de 15-49 anos que tinham um emprego nos 12 últimos meses anteriores ao inquérito, segundo o tipo de remuneração, o tipo de empregador, a regularidade do emprego, e por sector agrícola e não agrícola, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

Características do emprego	Trabalho agrícola	Trabalho não agrícola	Sem informação	Total
Tipo de remuneração				
Dinheiro somente	51,2	84,2	*	79,6
Dinheiro e género	31,4	12,1	*	14,5
Género somente	6,9	0,7	*	1,5
Não remunerada	10,6	2,6	*	4,0
Sem informação	0,0	0,5	*	0,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Tipo de empregador				
Membro da família	19,3	7,5	*	8,9
Empregador não membro da família	25,0	46,8	*	44,0
Trabalhadora por conta própria	55,7	45,3	*	46,6
Sem informação	0,0	0,3	*	0,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Regularidade do emprego				
Todo o ano	81,7	83,2	*	82,8
Sazonal	4,1	6,4	*	6,1
Ocasional	14,3	9,9	*	10,7
Sem informação	0,0	0,5	*	0,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Efectivo de mulheres com emprego nos 12 últimos meses	185	1 289	13	1487

Nota: O total inclui as mulheres para as quais o tipo de emprego está sem informação e que não são apresentadas separadamente.
* Casos de efectivos não ponderados inferiores a 25.

Gráfico 3.2 Tipo de remuneração das mulheres de 15-49 anos

3.6 COBERTURA MÉDICA

Os quadros 3.8.1 e 3.8.2 mostram a distribuição (em %) de mulheres e homens entre 15-49 anos por tipo de seguro de saúde, segundo algumas características sócio-demográficas. O acesso ao seguro de saúde é praticamente inexistente em STP. Apenas 1,3% das mulheres tem seguro de saúde: 0,4% tem um seguro do tipo "segurança social", 0,3% tem o seguro através de um empregador, 0,4% é segurada através de uma mutualidade de saúde ou de um seguro com base comunitária e 0,5% aderiu ao seguro de saúde privado.

Entre os homens, o acesso ao seguro de saúde também é muito baixo. Apenas 2,8% dos homens com idade entre 15-49 anos (3% entre os homens dos 15-59 anos): 0,1% tem um seguro do tipo «segurança social», 1,6% é segurado através do empregador, 0,8% tem segurança através de um seguro de mutualidade de saúde ou com base comunitária, e 0,7% é segurado através de um seguro de saúde privado.

Quadro 3.8.1 Cobertura médica: Mulheres

Distribuição percentual das mulheres de 15-49 anos segundo o tipo de seguro de saúde, e por algumas características sociodemográficas, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

Características sociodemográficas	Segurança social	Outra segurança de saúde no emprego	Segurança de saúde comunitária	Segurança privada	Outra	Nenhuma	Efectivo
Grupo etário							
15-19	0,3	0,1	0,4	0,5	0,7	98,1	555
20-24	0,4	0,3	0,2	0,2	0,1	98,8	459
25-29	0,2	0,2	0,2	0,4	0,0	99,2	452
30-34	0,7	0,5	0,5	0,2	0,0	98,4	398
35-39	0,2	0,0	0,2	0,0	0,0	99,6	258
40-44	0,6	1,0	0,8	0,2	0,0	98,1	282
45-49	0,0	0,0	0,2	0,0	0,2	99,6	211
Meio de residência							
Urbano	0,3	0,3	0,4	0,1	0,1	99,0	1 433
Rural	0,4	0,3	0,3	0,5	0,3	98,3	1 182
Região							
Região Centro	0,4	0,1	0,2	0,2	0,1	99,1	1 670
Região Sul	0,4	1,2	0,5	0,2	0,1	98,1	324
Região Norte	0,3	0,4	0,3	0,5	0,6	98,1	502
Região do Príncipe	0,3	0,0	1,9	0,7	0,0	97,4	119
Nível de instrução							
Nenhum	0,4	0,0	0,3	0,0	0,0	99,3	155
Primário	0,2	0,2	0,4	0,1	0,2	98,9	1 516
Secundário ou mais	0,7	0,5	0,3	0,5	0,1	98,3	944
Quintil de bem-estar económico							
O mais pobre	0,1	0,1	0,1	0,4	0,1	99,2	462
Segundo	0,0	0,1	0,8	0,0	0,0	99,0	516
Médio	0,6	0,2	0,3	0,0	0,6	98,5	475
Quatro	0,7	0,0	0,1	0,4	0,0	98,9	557
O mais rico	0,3	0,8	0,5	0,5	0,2	98,1	605
Total	0,4	0,3	0,4	0,3	0,2	98,7	2 615

Quadro 3.8.2 Cobertura médica: Homens

Distribuição percentual dos homens de 15-49 anos segundo o tipo de seguro de saúde, e por algumas características sociodemográficas, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

Características sociodemográficas	Segurança social	Outra segurança de saúde no emprego	Segurança de saúde comunitária	Segurança privada	Outra	Nenhuma	Efectivo
Grupo etário							
15-19	0,0	0,5	0,7	0,3	0,1	98,4	566
20-24	0,0	0,6	0,2	0,2	0,5	98,6	351
25-29	0,0	1,0	0,3	0,0	0,1	98,5	293
30-34	0,0	3,4	0,0	0,0	0,0	96,6	302
35-39	0,2	2,4	2,7	1,4	0,6	92,7	227
40-44	0,4	3,2	0,7	0,0	1,5	94,3	176
45-49	1,0	1,9	2,0	0,0	0,0	95,1	164
Meio de residência							
Urbano	0,0	2,7	0,6	0,2	0,3	96,2	1 010
Rural	0,3	0,4	1,0	0,3	0,3	97,7	1 068
Região							
Região Centro	0,0	1,8	1,0	0,3	0,3	96,5	1 190
Região Sul	0,5	0,6	0,2	0,3	0,1	98,2	284
Região Norte	0,2	1,6	0,3	0,0	0,5	97,5	498
Região do Príncipe	0,4	1,0	2,0	0,3	0,0	96,4	107
Nível de instrução							
Nenhum	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	100,0	25
Primário	0,1	0,5	0,7	0,0	0,1	98,6	1 148
Secundário ou mais	0,1	3,0	1,0	0,5	0,6	94,8	905
Quintil de bem-estar económico							
O mais pobre	0,2	0,4	0,1	0,0	0,0	99,4	390
Segundo	0,1	0,4	0,8	0,0	0,3	98,4	408
Médio	0,1	0,8	0,4	0,1	0,1	98,5	417
Quatro	0,0	0,6	1,5	0,0	0,2	97,7	413
O mais rico	0,3	5,2	1,1	1,0	0,9	91,4	451
Total 15-49	0,1	1,6	0,8	0,3	0,3	96,9	2 078
Homens 50-59	1,4	0,4	0,0	0,8	0,6	97,2	218
Total dos homens 15-59	0,3	1,4	0,7	0,3	0,4	97,0	2 296

( ) casos de efectivos não ponderados entre 25 e 50.

3.7 CONHECIMENTO E ATITUDES SOBRE A TUBERCULOSE

A tuberculose é uma doença infecciosa transmissível e não imunizante com sintomas clínicos variáveis, que se propaga através do ar. Somente pessoas atingidas pela forma pulmonar podem transmitir a infecção. Quando as pessoas infectadas tossem, espirram, falam ou cospem, projectam para o ar o agente responsável pela doença, chamado bacilo da tuberculose. Basta inalar alguns bacilos para ficar infectado.

A tuberculose é um grave problema económico, social e de saúde pública, especialmente na África Subsariana. Ela é actualmente responsável por dois milhões de mortes por ano. O IDS-STP 2008-2009 recolheu informações junto de mulheres e homens entrevistados acerca do conhecimento e atitudes sobre a tuberculose. Os Quadros 3.9.1 e 3.9.2 mostram que mais de nove pessoas em cada dez (homens e mulheres: 92%) declararam ter ouvido falar da tuberculose. Por outro lado, constatamos que este nível de conhecimento é homogéneo, qualquer que seja a característica estudada, excepto entre as mulheres sem instrução, onde menos de oito em cada dez mulheres inquiridas têm conhecimento deste flagelo.

Entre as mulheres e homens de 15-49 que já ouviram falar da tuberculose, mais da metade dos inquiridos (58% mulheres e 64% homens) sabe que a tuberculose é transmitida através do ar e da tosse. Além disso, 58% das mulheres e 65% dos homens com idade entre 15-49 sabem que a tuberculose pode ser curada. O conhecimento que a TB pode ser tratada é geralmente menor entre os entrevistados mais jovens, os menos instruídos, e os pertencentes aos quintis mais pobres. Ainda há um estigma associado à tuberculose. Por exemplo, quase três em cada dez inquiridos (29% mulheres e 27% dos homens) declararam que iriam manter em segredo o estado de um membro da família que sofre de tuberculose.

Quadro 3.9.1 Conhecimento e atitudes sobre a tuberculose: Mulheres

Percentagem das mulheres de 15-49 anos que ouviram falar da tuberculose, e de entre elas, a percentagem que sabe que a tuberculose se propaga no ar quando uma pessoa infectada tosse, a percentagem que acha que pode se curar a tuberculose, e percentagem que gostaria que ficasse em segredo caso um familiar estivesse infectado com a tuberculose, por algumas características sociodemográficas, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

	Todas as entrevistadas		Entre as entrevistadas que ouviram falar da tuberculose, percentagem que:			
Características sociodemográficas	Percentagem que ouviu falar da tuberculose	Efectivo	Declarou que a tuberculose se propaga no ar quando uma pessoa infectada tosse	Acha que se pode curar a tuberculose	Gostaria que ficasse em segredo caso um familiar estivesse infectado com a tuberculose	Efectivo
Grupo etário						
15-19	86,4	555	54,7	52,5	32,3	479
20-24	90,6	459	52,4	56,3	26,4	416
25-29	93,3	452	59,4	52,9	26,9	422
30-34	95,3	398	58,6	62,1	28,0	379
35-39	94,6	258	61,1	62,6	28,7	244
40-44	96,2	282	61,9	58,3	28,1	271
45-49	94,1	211	69,9	71,2	29,5	199
Meio de residência						
Urbano	94,5	1 433	63,2	59,5	28,4	1 354
Rural	89,3	1 182	52,4	55,9	28,8	1 056
Região						
Região Centro	94,4	1 670	64,5	58,0	28,6	1 577
Região Sul	83,0	324	51,8	54,1	34,3	269
Região Norte	89,3	502	42,4	56,1	28,6	448
Região do Príncipe	97,8	119	53,1	73,4	15,6	117
Nível de instrução						
Nenhum	72,0	155	51,5	41,7	37,3	111
Primário	91,2	1 516	53,8	51,8	28,2	1 383
Secundário ou mais	96,9	944	66,3	69,3	28,1	915
Quintil de bem-estar económico						
O mais pobre	84,4	462	46,1	45,6	30,9	390
Segundo	88,6	516	48,4	50,6	23,8	457
Médio	90,6	475	57,8	52,7	25,9	430
Quatro	96,4	557	66,6	65,0	27,2	537
O mais rico	98,5	605	67,4	69,1	33,9	596
Total	92,2	2 615	58,4	57,9	28,6	2 410

Quadro 3.9.2 Conhecimento e atitudes sobre a tuberculose: Homens

Percentagem de homens de 15-49 anos que ouviram falar da tuberculose, e de entre eles, a percentagem que sabe que a tuberculose se propaga no ar quando uma pessoa infectada tosse, a percentagem que acha que se pode curar a tuberculose, e percentagem que gostaria que ficasse em segredo caso um familiar estivesse infectado com a tuberculose, por algumas características sociodemográficas, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

	Todos os entrevistados		Entre os entrevistados que ouviram falar da tuberculose, percentagem que:			
Características sociodemográficas	Percentagem que ouviu falar da tuberculose	Efectivo	Declarou que a tuberculose se propaga no ar quando uma pessoa infectada tosse	Acha que se pode curar a tuberculose	Gostaria que ficasse em segredo caso um familiar estivesse infectado com a tuberculose	Efectivo
Grupo etário						
15-19	83,2	566	56,2	58,7	27,4	471
20-24	92,7	351	61,0	64,3	32,1	325
25-29	92,6	293	66,2	66,1	24,6	272
30-34	95,1	302	66,3	62,1	24,3	287
35-39	96,0	227	64,6	65,4	30,1	217
40-44	96,7	176	71,0	77,0	27,4	170
45-49	98,4	164	74,9	76,4	22,9	161
Meio de residência						
Urbano	93,4	1 010	67,5	66,6	25,0	943
Rural	89,9	1 068	60,2	63,6	29,5	961
Região						
Região Centro	91,4	1 190	68,8	63,6	22,2	1 087
Região Sul	87,6	284	69,1	65,3	52,4	248
Região Norte	93,2	498	50,1	64,7	28,3	464
Região do Príncipe	97,0	107	60,9	82,2	16,3	104
Nível de instrução						
Nenhum	*	*	*	*	*	16
Primário	88,8	1 148	58,8	60,1	30,3	1 020
Secundário ou mais	95,8	905	70,1	71,5	23,4	867
Quintil de bem-estar económico						
O mais pobre	85,2	390	58,9	60,7	26,3	332
Segundo	88,8	408	53,9	56,3	33,5	362
Médio	93,3	417	66,4	64,9	30,5	389
Quatro	93,2	413	66,7	69,4	21,8	385
O mais rico	96,5	451	71,0	72,2	24,8	435
Total 15-49	91,6	2 078	63,8	65,1	27,3	1 903
Homens 50-59	99,4	218	72,6	73,1	20,5	217
Total dos homens 15-59	92,3	2 296	64,7	65,9	26,6	2 120

* Casos de efectivos não ponderados inferiores a 25.

3.8 CONHECIMENTO E ATITUDES SOBRE O TABAGISMO

O tabagismo é um conhecido factor de risco para as doenças cardiovasculares. É também a principal causa de câncer do pulmão e outros tipos de câncer, e contribui para a gravidade da pneumonia, do enfisema e bronquite crónica. O tabagismo pode também ter um impacto sobre os indivíduos que estão expostos ao fumo passivo. Por exemplo, os fumantes passivos podem afectar negativamente o crescimento da criança e causar doenças na pequena infância, especialmente doenças respiratórias. A morbilidade e a mortalidade imputáveis ao tabaco são evitáveis, visto que o tabagismo é um comportamento adquirido e escolhido por indivíduos.

Para medir o nível de consumo do tabaco entre os adultos, perguntou-se aos homens e mulheres inquiridos no IDS-STP 2008-2009 se fumavam cigarros ou se utilizavam outras formas de tabaco na altura do inquérito.

Os Quadros 3.10.1 e 3.10.2 mostram a distribuição de homens e mulheres que fumavam cigarros ou outras formas de tabaco durante o inquérito. O consumo de tabaco em STP é maior entre os homens do que entre as mulheres. Menos de 2% das mulheres e menos de 7% dos homens declararam ter fumado na altura do inquérito.

Quadro 3.10.1 Consumo de tabaco: Mulheres

Percentagem das mulheres de 15-49 anos que fumam cigarros, cachimbo ou tabaco sob outra forma, por algumas características sociodemográficas, e segundo que amamentam e que estão grávidas, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

Características sociodemográficas	Cigarros	Cachimbo ou tabaco sob outra forma	Não consume tabaco	Efectivo de mulheres
Grupo etário				
15-19	0,1	0,0	99,7	555
20-24	0,0	0,0	100,0	459
25-29	0,0	0,0	99,6	452
30-34	1,6	0,9	97,2	398
35-39	0,4	1,7	97,9	258
40-44	1,6	1,3	97,0	282
45-49	3,6	3,6	93,5	211
Meio de residência				
Urbano	0,7	0,6	98,6	1 433
Rural	0,8	0,9	98,2	1 182
Região				
Região Centro	0,8	0,4	98,7	1 670
Região Sul	1,0	0,6	98,2	324
Região Norte	0,5	1,9	97,4	502
Região do Príncipe	1,3	1,0	98,1	119
Nível de instrução				
Nenhum	3,4	2,4	93,9	155
Primário	1,0	1,0	97,9	1 516
Secundário ou mais	0,0	0,1	99,9	944
Maternidade				
Grávida	0,2	0,2	99,6	221
Amamenta (não grávida)	0,1	0,5	99,2	558
Não grávida/não amamenta	1,0	0,9	98,0	1 836
Quintil de bem-estar económico				
O mais pobre	2,4	1,1	96,4	462
Segundo	0,6	0,9	98,3	516
Médio	0,6	0,5	98,5	475
Quatro	0,5	0,9	98,6	557
O mais rico	0,0	0,3	99,7	605
Total	0,8	0,7	98,4	2 615

Nos homens, os jovens são proporcionalmente menos numerosos a fumar do que os homens dos trinta e quarenta anos. Além disso, o consumo de tabaco é menor no meio urbano do que no meio rural (5% contra 10%). A proporção mais alta de fumantes foi registada nas Regiões do Norte e do Príncipe (12 a 14%), e no quintil mais pobre (15%).

Entre os fumantes do sexo masculino, 30% disse ter fumado entre 3 e 5 cigarros por dia, e 28% disse que fumou 10 cigarros ou mais por dia.

Quadro 3.10.2 Consumo de tabaco: Homens

Percentagem dos homens de 15-49 anos que fumam cigarros, cachimbo ou tabaco sob outra forma e distribuição percentual dos homens que fumam cigarros, segundo o número de cigarros fumados nas últimas 24 horas, por algumas características sociodemográficas, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

Características sociodemográficas	Cigarros	Cachimbo	Tabaco sobre outra forma	Não consume tabaco	Efectivo de homens	Número de cigarros fumados nas últimas 24 horas						Total	Número de cigarros fumados
						0	1-2	3-5	6-9	10+	NS/ND		
Grupo etário													
15-19	0,5	0,0	0,1	99,3	566	*	*	*	*	*	*	100,0	3
20-24	1,2	0,0	1,4	97,5	351	*	*	*	*	*	*	100,0	4
25-29	5,7	0,0	2,3	93,1	293	*	*	*	*	*	*	100,0	17
30-34	6,7	0,1	6,1	88,8	302	*	*	*	*	*	*	100,0	20
35-39	8,4	0,2	4,1	88,9	227	*	*	*	*	*	*	100,0	19
40-44	8,2	0,0	6,5	85,7	176	*	*	*	*	*	*	100,0	14
45-49	11,6	0,0	4,6	86,2	164	*	*	*	*	*	*	100,0	19
Meio de residência													
Urbano	3,3	0,1	1,5	95,3	1 010	(16,0)	(17,5)	(13,0)	(17,1)	(28,0)	(8,4)	100,0	34
Rural	5,9	0,0	4,1	91,4	1 068	1,4	20,9	39,8	12,5	19,2	6,3	100,0	63
Região													
Região Centro	3,0	0,0	1,2	96,1	1 190	(14,9)	(20,3)	(19,9)	(16,2)	(16,8)	(11,9)	100,0	36
Região Sul	5,7	0,2	2,2	92,9	284	*	*	*	*	*	*	100,0	16
Região Norte	6,5	0,0	7,6	87,8	498	(0,0)	(23,6)	(36,3)	(10,3)	(22,1)	(7,7)	100,0	32
Região do Príncipe	11,4	0,3	1,0	88,4	107	7,2	(9,6)	(24,1)	(15,7)	(43,3)	(0,0)	100,0	12
Nível de instrução													
Nenhum	3,4	0,0	0,0	96,6	25	*	*	*	*	*	*	100,0	1
Primário	6,2	0,0	4,0	91,0	1 148	7,2	21,6	32,1	8,3	21,2	9,5	100,0	71
Secundário ou mais	2,7	0,1	1,5	96,2	905	(4,5)	(14,8)	(26,8)	(29,0)	(24,9)	(0,0)	100,0	25
Quintil de bem-estar económico													
O mais pobre	9,6	0,2	5,5	86,6	390	(0,8)	(28,1)	(31,4)	(11,7)	(20,4)	(7,6)	100,0	37
Segundo	4,6	0,0	5,4	90,8	408	*	*	*	*	*	*	100,0	19
Médio	4,7	0,0	2,1	94,4	417	*	*	*	*	*	*	100,0	20
Quatro	1,2	0,0	1,1	97,8	413	*	*	*	*	*	*	100,0	5
O mais rico	3,5	0,0	0,4	96,1	451	*	*	*	*	*	*	100,0	16
Total 15-49	4,7	0,0	2,8	93,3	2 078	6,5	19,7	30,5	14,1	22,3	7,0	100,0	97
Homens 50-59	12,4	0,0	3,6	86,1	218	(1,3)	(7,5)	(26,2)	(18,9)	(46,0)	(0,0)	100,0	27
Total dos homens 15-59	5,4	0,0	2,9	92,6	2 296	5,4	17,0	29,5	15,1	27,5	5,5	100,0	124

( ) Casos de efectivos não ponderados entre 25 e 50
* Casos de efectivos não ponderados inferiores a 25

FECUNDIDADE 4

A análise da fecundidade e dos seus determinantes constitui um dos objectivos do Inquérito Demográfico e de Saúde desde a sua concepção. Aquando da realização do EDS STP 2008-2009, recolheu-se informações que permitem medir os níveis e as tendências da fecundidade, e destacar os diferenciais entre alguns grupos sociodemográficos. Deve-se salientar que a recolha contínua de dados sobre a fecundidade pelo método do historial dos nascimentos e por outras abordagens foi determinante para demonstrar o papel que desempenha a fecundidade no crescimento da população e na transição demográfica.

Este capítulo apresenta a análise dos dados da fecundidade, recolhidos durante do inquérito. No intuito de inventariar todas as crianças e evitar qualquer omissão possível ou insuficiência de memória no inquérito, foi utilizado a seguinte abordagem: solicitou-se à cada mulher elegível que indique, por sexo, o número de filhos que vive com ela, os que não vivem com ela (noutro agregado) e eventualmente os que faleceram; de seguida a inquiridora reconstituía, com a ajuda da mulher entrevistada, o historial completo dos filhos nascidos-vivos, respeitando a ordem dos nascimentos, começando pelo primeiro até o último. Para cada um deles, registou-se o tipo de nascimento (simples ou múltiplo), o sexo, a data de nascimento e o estado de sobrevivência. Para os filhos ainda vivos, inscrevia-se a idade, distinguindo os vivendo com as mães dos que vivem noutros agregados. Para os filhos falecidos, registou-se a idade ao falecimento. No fim da entrevista, a inquiridora devia assegurar-se de que o número de filhos declarado pela mãe (para cada categoria: vivendo, falecidos, etc.) era coerente com o número de crianças obtido no historial dos nascimentos. Estes pormenores permitem evitar as omissões de filhos, sobretudo dos falecidos.

Considerando que a recolha é feita de forma retrospectiva, os dados recolhidos permitem estimar, não somente o nível da fecundidade do período actual, mas também as tendências passadas da fecundidade, durante os últimos 20 anos que precedem o inquérito. Contudo, os dados obtidos podem ser sujeitos a diferentes tipos de erros. Estes erros são principalmente próprios ao tipo de inquérito retrospectivo. Trata-se nomeadamente de:

- sub-declaração dos nascimentos, particularmente a omissão de crianças recém-nascidas, de crianças que não vivem com a mãe, de crianças que falecem nas primeiras horas ou nos primeiros dias/meses de vida após o nascimento, que pode provocar uma sub-estimação dos níveis de fecundidade;

- Imprecisão nas declarações de data de nascimento e/ou da idade, em especial a atracção para alguns anos de nascimento ou para as idades redondas (que terminam por 0 ou 5), que poderia provocar uma sub-estimação ou sobre-estimação da fecundidade em certas idades e/ou para certos períodos;

- Os erros de enviesamento selectivo da sobrevivência ou efeito de selectividade: obviamente, as mulheres inquiridas são sobreviventes. Se supormos que a fecundidade das mulheres falecidas antes do inquérito é diferente da fecundidade das que sobrevivem, os níveis de fecundidade obtidos seriam ligeiramente enviesados.

Por outro lado, considera-se que as diferentes fontes de erros podem afectar a base de dados utilizada nesta análise. Mesmo se tais erros são não desprezíveis, não podem, em caso algum, minimizar o

valor do nível e da tendência da fecundidade e/ou enviesar os resultados obtidos para a análise dos níveis e das tendências da fecundidade em São Tomé e Príncipe.

4.1 NIVEL DA FECUNDIDADE E FECUNDIDADE DIFERENCIAL

O nível de fecundidade é calculado pelas taxas de fecundidade por idade e pelo Índice Sintético de Fecundidade (ISF) ou soma de nascimentos reduzidos. O cálculo das taxas de fecundidade por idade obtém-se dividindo os nascimentos das mulheres de cada grupo de idade pelo efectivo das mulheres do grupo de idade correspondente. No que diz respeito ao ISF, índice conjuntural de fecundidade, obtém-se pelo cúmulo das taxas de fecundidade por idade. Equivale ao número médio de crianças que teria uma mulher no fim da sua vida fértil, se submetesse a um nível de fecundidade observado num período considerado, neste caso o período dos três anos anteriores ao inquérito.

O quadro 4.1 ilustrado pelo gráfico 4.1, indica que a nível nacional, as taxas de fecundidade geral por grupo de idades seguem o esquema clássico observado, em geral, nos países com um nível de fecundidade elevado. Este esquema é caracterizado por uma fecundidade precoce elevada (93 ‰ entre 15-19 anos), que aumenta rapidamente para atingir 212 ‰ entre 20-24 anos e 210 ‰ entre 25-29 anos, mantendo-se muito tempo com níveis elevados (200 ‰ no grupo 30-34 anos, e 170 ‰ entre 35-39 anos), antes de diminuir significativamente nas idades mais avançadas (a partir dos 40 anos). A fecundidade das mulheres em São Tomé e Príncipe é ainda elevada, tendo em conta que o médio de filhos para cada mulher no fim da sua vida fértil é de 4,9.

Quadro 4.1 Fecundidade actual

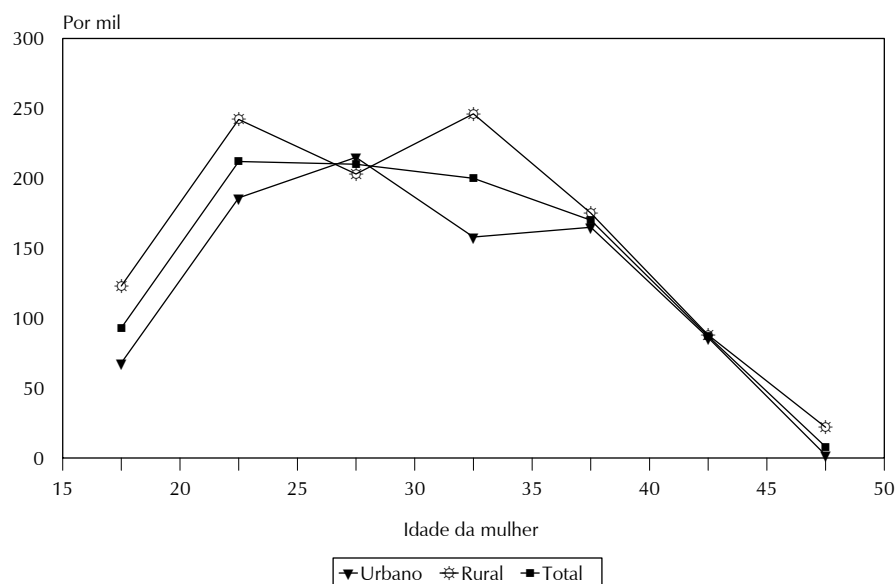
Taxa de fecundidade por grupo etário, Índice Sintético de Fecundidade (ISF), Taxa Bruta de Natalidade (TBN) e Taxa Global de Fecundidade Geral (TGFG) para os três anos anteriores ao inquérito, por meio de residência, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

Grupo etário	Meio de residência		Total
	Urbano	Rural	
15-19	68	123	93
20-24	186	242	212
25-29	215	203	210
30-34	158	246	200
35-39	165	175	170
40-44	86	88	87
45-49	2	22	8
ISF	4,4	5,5	4,9
TGFG	146	184	163
TBN	32,4	36,7	34,5

Notas: As taxas são expressas por 1000 mulheres. As taxas para o grupo etário 45-49 anos podem sofrer ligeiramente em qualidade devido a dados incompletos sobre este grupo etário. As taxas referem-se ao período 1-36 meses anteriores à entrevista.
ISF: Índice Sintético de fecundidade expressa por mulher (Número médio de filhos por mulher).
TGFG: Taxa Global de Fecundidade Geral expressa por 1000 mulheres.
TBN: Taxa Bruta de Natalidade expressa por 1000 indivíduos da população.

Os dados do quadro 4.1 elucidam nítidas diferenças de fecundidade segundo o meio de residência. O nível da fecundidade das mulheres do meio urbano é claramente mais baixo do que o das mulheres residentes no meio rural (ISF de 4,4 e 5,5 crianças por mulher, respectivamente). Exceptuando o grupo de idade 25-29 anos, esta diferença de nível de fecundidade entre os meios urbano e rural é observada em todas as idades. Além disso, se os níveis actuais de fecundidade se mantivessem invariáveis, uma mulher do meio rural teria em média, no fim da vida fértil, praticamente 1,1 criança a mais que uma mulher do meio urbano.

No quadro 4.1 figuram igualmente a Taxa Bruta de Natalidade (TBN) ou seja o número anual médio de nascimentos vivos no seio da população total, estimado em 34,5 ‰ para todo o país, e a Taxa Global de Fecundidade Geral (TGFG), ou seja o número médio de nascimentos vivos numa população de mulheres em idade de procriar (15-49 anos), cujo nível é de 163 ‰. Assim a semelhança do ISF, estes dois indicadores variam segundo o meio de residência. Com efeito, com um TGFG de 184 ‰, 1000 mulheres do meio rural dão a luz, em média, 38 filhos a mais do que as suas congéneres do meio urbano (146 ‰). Do mesmo modo, a taxa bruta de natalidade no meio rural (36,7 ‰) é ligeiramente superior de 4,3 pontos do que no meio urbano (32,4 ‰).

Gráfico 4.1 Taxa de fecundidade geral por grupo etário e meio de residência

IDS STP 2008-2009

O ISF apresenta variações importantes por nível de instrução das mulheres (quadro 4.2). Constata-se frequentemente nos países com uma fraca prevalência contraceptiva ou fraca eficácia do uso da contracepção, que as mulheres com um nível de instrução primário têm um nível de fecundidade ligeiramente superior que as sem nível de instrução, reduzindo-se progressivamente com o aumento do nível de instrução. Com efeito, com um ISF de 5,1 crianças, uma mulher sem nível de instrução tem, em média, 0,4 filho a menos do que uma mulher do nível de instrução primário (5,5) e 0,9 filhos a mais do que uma mulher do nível secundário ou mais (4,2).

Se considerarmos as diferentes regiões, observa-se que o nível do ISF varia consideravelmente, passando de um nível máximo de 5,7 filhos nas mulheres do Norte para 4,6 crianças para as mulheres do Centro. Por outras palavras, as mulheres do Norte têm, em média, 1,1 filho a mais do que as mulheres do Centro. Quanto às regiões do Sul e de Príncipe, o ISF é relativamente moderado, de 5,4 e 5,0 crianças por mulher, respectivamente.

Para além disso, observa-se uma fraca correlação entre o ISF e o nível do bem-estar económico. Esta correlação torna-se negativa a partir do terceiro quintil, passando de 5,7 crianças nas mães do terceiro quintil, para 4,3 crianças no quarto e 3,9 crianças no quinto quintil.

O quadro 4.2 apresenta igualmente o número médio de filhos nascidos vivos de mulheres de 40-49 anos, número que se assimila à descendência final. Contrariamente ao ISF (que mede a fecundidade actual ou recente das mulheres de 15-49 anos), este número médio é o resultado da fecundidade das mulheres inquiridas e que já se encontram no fim da vida fecunda. Numa população onde a fecundidade continua invariável, a descendência tende a aproximar-se do ISF. Em contrapartida, um ISF inferior ao número médio de crianças por mulher em fim de vida fecunda, significa que estamos perante uma diminuição da fecundidade. Em São Tomé e Príncipe, a descendência final que se eleva a 5,8 filhos é superior ao ISF (4,9 filhos). Esta diferença traduz certamente uma tendência para uma redução da fecundidade.

Quadro 4.2 Fecundidade por características sociodemográficas

Índice Sintético de Fecundidade para os três anos anteriores ao inquérito, percentagem de mulheres dos 15-49 anos, percentagem de mulheres de 15-49 anos actualmente grávidas e número médio de filhos nascidos vivos para mulheres de 40-49 anos, segundo algumas características sociodemográficas, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

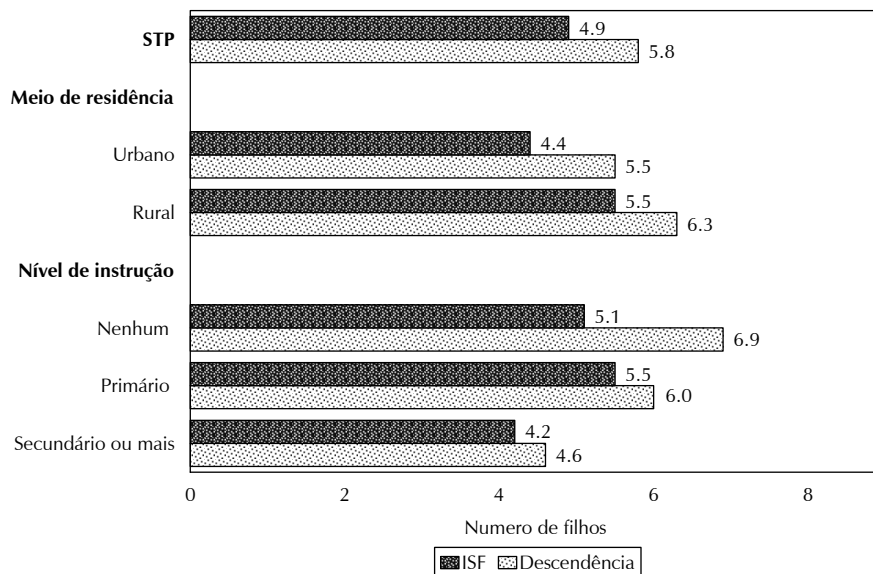
Características sociodemográficas	Índice sintético fecundidade	Percentagem actualmente grávida	Número médio de filhos nascidos vivos para mulheres de 40-49 anos
Meio de residência			
Urbano	4,4	8,2	5,5
Rural	5,5	8,8	6,3
Região			
Região Centro	4,6	8,2	5,5
Região Sul	5,4	8,3	6,2
Região Norte	5,7	8,8	6,7
Região do Príncipe	5,0	11,6	6,1
Nível de instrução			
Nenhum	5,1	7,5	6,9
Primário	5,5	9,4	6,0
Secundário ou mais	4,2	7,1	4,6
Quintil de bem-estar económico			
O mais pobre	5,6	9,6	6,3
Segundo	5,4	9,8	6,6
Médio	5,7	12,1	6,4
Quarto	4,3	7,3	5,4
O mais rico	3,9	4,7	4,5
Total	4,9	8,5	5,8

Nota: O Índice Sintético de fecundidade refere-se ao período 1-36 meses anteriores ao inquérito

Nota-se igualmente diferenças importantes entre a descendência final e o ISF nos dois meios de residência. No meio urbano, o ISF é inferior de 1,1 filho em relação à descendência final, enquanto que esta diferença é de 0,8 filho no meio rural (Gráfico 4.2).

Contudo, se considerarmos o nível de instrução, constata-se que o ISF das mulheres sem nenhum nível de instrução é inferior de 1,8 filho em relação à descendência final. Isso significa que para estas mulheres, a fecundidade teria tendência a reduzir-se consideravelmente. Para as mulheres com um nível de instrução primário e para as do secundário ou mais, a tendência para baixar é menos acentuada. Com efeito, a descendência final para estas mulheres é superior ao ISF (0,5 e 0,4 filho, respectivamente).

A tendência para a baixa da fecundidade é observada em todas as regiões e com a mesma intensidade. A diferença entre a descendência final e o ISF varia de um mínimo de 0,8 criança na região do Sul para um nível máximo de 1,1 criança nas regiões do Centro e do Príncipe.

Gráfico 4.2 Índice Sintético de Fecundidade e descendência atingida aos 40-49 anos

IDS STP 2008-2009

Da mesma maneira que o ISF, a descendência final diminui geralmente com a melhoria do nível de vida dos agregados. De 6,6 filhos nas mulheres vivendo nos agregados do segundo quintil, ela diminui para 4,5 filhos por mulher nos agregados mais ricos. Para além disso, a diferença entre o ISF e a descendência é mais importante nos agregados do segundo quintil: 1,2 criança, ou seja 2 vezes mais que nas mulheres dos agregados do quintil mais rico (0,6 criança).

O quadro 4.2 fornece igualmente a percentagem de mulheres que se declararam grávidas durante o inquérito. Convém precisar que não se trata da proporção exacta de mulheres que estão grávidas, na medida em que as mulheres inquiridas que estão no início da gravidez, e que não sabem se estão grávidas, não declararam o seu estado. A nível nacional, constata-se que 8,5% das mulheres se declararam grávidas. Assim, as diferenças constatadas entre as proporções de mulheres que se declararam grávidas devem ser interpretadas com muita prudência. No entanto, estas proporções não são totalmente coerentes com os níveis actuais de fecundidade. Variam de 12,1% nas mulheres do terceiro quintil, que têm o ISF mais elevada (5,7 filhos), para 4,7% entre as do quinto quintil (mais rico) e que têm o ISF mais baixo (3,9 filhos).

4.2 TENDÊNCIAS DA FECUNDIDADE

Para o cálculo das tendências da fecundidade, escolheu-se no IDS STP 2008-2009 e nos IDS em geral, um método de recolha de dados adequado (baseado na história genésica das mulheres). O mesmo fornece resultados mais fiáveis do que a recolha de dados sobre os nascimentos ocorridos nos últimos 12 meses, como nos recenseamentos. Assim, os dados recolhidos durante este inquérito permitem estimar o nível actual da fecundidade (0-4 anos que precedem o inquérito). Permitem também reconstituir as tendências passadas da fecundidade a partir das taxas de fecundidade por grupos etários das mulheres, por período de cinco anos antes do inquérito (quadro 4.3 e gráfico 4.3).

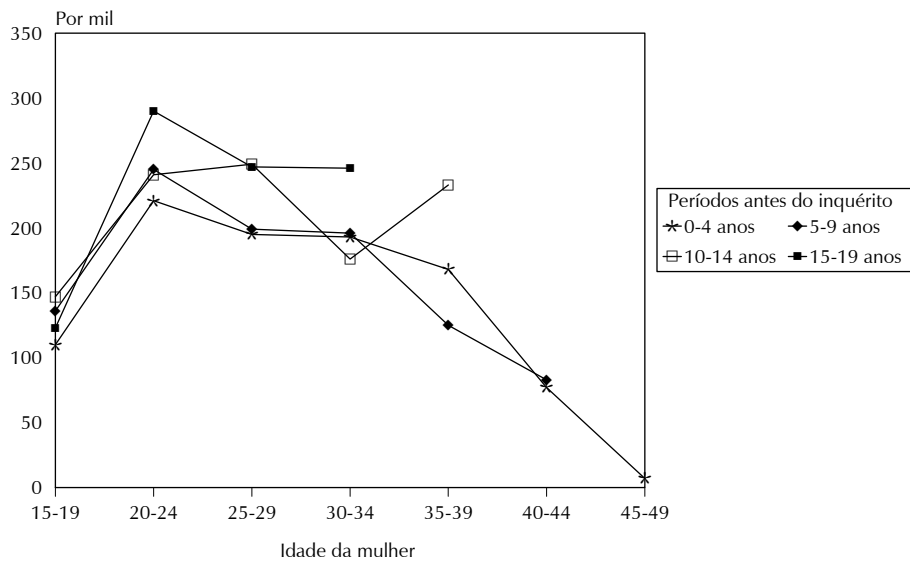
Geralmente, as taxas de fecundidade diminuíram regularmente do período mais distante (15-19 anos antes do inquérito) para o período mais recente (0-4 anos antes do inquérito), qualquer que seja o grupo etário.

Quadro 4.3 Tendência da fecundidade por grupo etário

Taxa de fecundidade por grupo etário e por períodos quinquenais anteriores ao inquérito, segundo a idade da mãe no momento do nascimento, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

Idade da mãe ao nascimento	Número de anos anteriores ao inquérito			
	0-4	5-9	10-14	15-19
15-19	110	136	147	123
20-24	221	245	241	290
25-29	195	199	249	247
30-34	193	196	176	[246]
35-39	168	125	[233]	-
40-44	77	[83]	-	-
45-49	[7]	-	-	-

Nota: As taxas de fecundidade por grupo etário são expressas por 1 000 mulheres. As taxas entre parênteses são calculadas com base de dados incompletos. As taxas excluem no cálculo, os dados referentes ao mês da entrevista.

Gráfico 4.3 Taxa de fecundidade por grupo etário e por período de cinco anos precedentes o IDS STP 2008-2009

IDS STP 2008-2009

Contudo, estes dados traduzem apenas uma parte da história da vida reprodutiva das mulheres para cada grupo de idade, e mais particularmente entre as mulheres actualmente com 30-34 anos de idade. Para uma análise longitudinal da intensidade da fecundidade por coorte de mulheres, necessita-se reproduzir a avaliação das suas taxas de fecundidade desde o início da vida fecunda (15 anos) até a idade actual de 45-49 anos no momento do IDS (segunda diagonal da direita do quadro 4.3). Para isso, necessita-se de dados por períodos de cinco anos que vão até 30-34 anos anteriores à data do IDS.

Costuma-se constatar que em todos os grupos etários, as taxas de fecundidade diminuíram com o tempo, dos períodos mais antigos aos mais recentes. Assim, por exemplo, para o grupo 20-24 anos, a taxa de fecundidade estimada em 290 ‰ há 15-19 anos, diminuiu para 241 ‰ há 10-14 anos, depois para 245 ‰ há 5-9 anos, para se situar em 221 ‰ durante os cinco últimos anos. Estes resultados confirmam por conseguinte a tendência da baixa da fecundidade.

4.3 PARIDADE E ESTERILIDADE PRIMÁRIA

As paridades médias por grupo etário se calculam a partir do número total de filhos que as mulheres tiveram durante a sua vida. Trata-se de um índice adequado da fecundidade acumulada ao longo do tempo, desde o início da sua vida reprodutiva.

O quadro 4.4 apresenta a distribuição das mulheres casadas/em união, e de todas as mulheres, por grupo etário e o número de filhos nascidos vivos. Esta paridade média é de 2,7 filhos por mulher para o total das mulheres e de 3,6 filhos por mulher entre as mulheres casadas/em união; a diferença depende obviamente do efeito da vida solteira para as mulheres jovens e dos efeitos dos anos de viuvez e de divórcio para as mais idosas.

Para todas as mulheres, as paridades aumentam sistematicamente e rapidamente com a idade da mulher: assim de 0,2 filho em média aos 15-19 anos, a paridade passa para 1,2 filhos nos 20-24 anos e 6,2 filhos entre 45-49 anos, no fim de vida fecunda. Por outro lado, a distribuição das mulheres por número de nascimentos mostra a existência de uma elevada fecundidade precoce, com 17% das jovens raparigas com menos de 20 anos que já tiveram pelo menos um filho. Para além disso, 36% das mulheres de 20-24 anos já têm 2 crianças ou mais filhos. No fim da vida fecunda, constata-se que 13% das mulheres tinham 10 ou mais filhos.

Por outro lado, os resultados relativos às mulheres em união são pouco diferentes em comparação com todas as mulheres, excepto nas idades mais jovens. Com efeito, constata-se que 66% das mulheres de 15-19 anos em união já tiveram pelo menos um filho, contra 25% para o total das mulheres. Nota-se que, das mulheres de 15-19 anos que vivem em união, 8% já tem pelo menos dois filhos. A diferença entre as proporções de mulheres de 20-24 anos vivendo em união e que já tem pelo menos um filho, e a do total das mulheres na mesma situação continua importante (84% contra 75%, respectivamente). No final da vida reprodutiva (45-49 anos), uma mulher em união teve em média 6,6 filhos, enquanto que este número é de 6,1 filhos, para o total das mulheres.

A distribuição das mulheres de 45-49 anos apresenta um grande interesse, visto que se trata da distribuição no fim da vida fecunda, e que reflecte o comportamento da sociedade São-tomense. Deste modo, pode-se dizer que actualmente, uma em cada duas mulheres (51%) teve 7 ou mais filhos, 97% teve 2 filhos ou mais e 88% teve 3 ou mais filhos.

Quadro 4.4 Filhos nascidos vivos e filhos sobreviventes das mulheres

Distribuição percentual de todas as mulheres e das mulheres actualmente casadas/em união, por número de filhos nascidos vivos, número médio de filhos nascidos vivos e número médio de filhos sobreviventes, segundo o grupo etário das mulheres, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

Grupo etário	Número de filhos nascidos vivos											Total	Efectivo de mulheres	Número médio de filhos nascidos vivos	Número médio de filhos sobrevive ntes
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10+				
TODAS AS MULHERES															
15-19	82,8	15,6	1,6	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	555	0,19	0,19
20-24	31,6	32,2	26,8	8,7	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	459	1,15	1,08
25-29	9,4	12,1	26,8	29,8	16,9	4,1	0,2	0,6	0,0	0,0	0,0	100,0	452	2,49	2,33
30-34	3,5	9,2	18,6	21,0	26,0	12,0	7,2	2,5	0,0	0,1	0,0	100,0	398	3,35	3,09
35-39	0,3	3,8	12,0	17,3	16,8	21,3	15,2	7,2	1,7	1,7	2,8	100,0	258	4,52	4,13
40-44	0,3	1,4	7,0	9,6	15,7	17,1	14,2	13,8	11,4	5,5	4,1	100,0	282	5,56	4,95
45-49	2,0	2,3	2,2	10,5	17,0	12,0	8,4	13,9	10,6	8,0	13,1	100,0	211	6,14	5,30
Total	25,5	13,2	14,6	13,5	11,7	7,4	4,8	3,8	2,3	1,4	1,8	100,0	2 615	2,72	2,47
MULHERES ACTUALMENTE CASADAS/ EM UNIÃO															
15-19	33,8	58,3	7,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	110	0,74	0,72
20-24	9,4	40,4	37,4	11,7	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	285	1,55	1,46
25-29	3,6	10,0	27,9	34,1	18,6	4,8	0,3	0,7	0,0	0,0	0,0	100,0	371	2,73	2,55
30-34	2,2	7,4	18,1	21,1	26,6	13,0	8,5	3,0	0,0	0,1	0,0	100,0	330	3,51	3,25
35-39	0,3	3,1	9,9	18,1	16,3	22,4	15,8	6,9	2,0	1,9	3,2	100,0	224	4,64	4,22
40-44	0,0	0,8	5,9	8,7	15,8	17,9	14,7	14,0	12,4	5,9	4,0	100,0	242	5,70	5,11
45-49	0,9	0,3	2,2	8,8	17,4	12,4	6,8	14,9	10,7	8,6	17,0	100,0	156	6,57	5,61
Total	5,1	14,6	18,5	17,8	15,2	10,1	6,4	5,0	3,0	1,9	2,5	100,0	1 718	3,57	3,24

Geralmente, as mulheres que decidem voluntariamente de não ter filhos, são relativamente raras em África e, particularmente em São Tomé e Príncipe, onde a população tem ainda um comportamento pro-natalista. Por conseguinte, a paridade zero das mulheres actualmente casadas/em união e de 35-49 anos, (idades a partir das quais a probabilidade de ter um primeiro filho fica fraca), permite apreciar o nível da esterilidade total ou primária. Entre estas mulheres, 0,3% a 2% nunca teve filhos e podem ser consideradas como estéreis. Nas mulheres de 45-49 anos, cuja probabilidade de ter um primeiro filho é praticamente nula, o nível de esterilidade primária é de 2%. Geralmente, o nível de esterilidade observado nos inquéritos IDS efectuados noutros países da África situa-se entre 2% e 3% das mulheres (Arnold e Blanc, 1990).

4.4 INTERVALO INTERGENÉSICO

A duração do intervalo que separa o nascimento de um filho do nascimento precedente tem uma influência sobre o estado de saúde da mãe e da criança. Trata-se de uma informação relevante na análise da fecundidade, e permite elaborar e implementar programas em matéria de saúde reprodutiva. Admite-se actualmente que os intervalos intergenésicos curtos (inferiores a 24 meses) são prejudiciais à saúde e ao estado nutritivo das crianças, e aumentam os riscos de falecimento. Por outro lado, os nascimentos próximos uns dos outros diminuem a capacidade fisiológica da mulher; expõem a mãe a complicações durante e após a gravidez (abortos espontâneos, eclampsia). O quadro 4.5 apresenta a distribuição dos nascimentos outros que os da primeira ordem, acontecidos nos cinco anos antes do inquérito, segundo o número de meses decorridos desde o nascimento precedente, e as características socio-demográficas.

Constata-se que 3% dos nascimentos ocorreu antes de 18 meses após o nascimento precedente, e que 6% das crianças nasceu entre 18 e 24 meses após o precedente: no total, em 10% dos casos, o intervalo intergenésico é inferior a dois anos. No entanto, uma importante proporção de nascimentos (26%) ocorreu entre 2 e 3 anos após o nascimento anterior, e cerca dos dois terços das crianças (64%) nasceram três anos ou mais após precedente. A duração mediana do intervalo intergenésico é ligeiramente superior a três anos e meio (44,2 meses).

A idade das mães influencia a duração do espaçamento dos nascimentos. Com efeito, observa-se que os intervalos intergenésicos são mais curtos nas jovens mulheres que nas mulheres mais idosas: de 37,4 meses entre as mulheres de 20-29 anos, passa para 50,3 meses nas de 30-39 anos e 61,0 meses no grupo de 40-49 anos.

Esta correlação entre a idade das mães e a duração do intervalo intergenésico deve ser ponderada, na medida em que as mulheres jovens frequentemente têm menos filhos e são menos dispostas a adiar um nascimento suplementar[1]. Isto se confirma na distribuição dos nascimentos segundo a duração do intervalo por ordem de nascimento. Com efeito, observa-se, que o intervalo aumenta com a ordem de nascimento, passando de 41,7 meses para as crianças precedidas de um ou dois outros irmãos/irmãs para 48,1 meses e 44,8 meses para os filhos(a) precedidos de mais irmãos/irmãs.

A análise dos dados do quadro 4.5 mostra que o sexo não tem uma incidência sobre o nível dos nascimentos: a diferença entre os intervalos intergenésicos é com efeito muito fraca (0,2 criança). Em contrapartida, a sobrevivência da criança precedente constitui um factor importante de diferenciação. Com efeito, em 50% dos casos, o falecimento de um filho(a) é seguido de um nascimento num intervalo de 30,5 meses. Pelo contrário, quando o filho(a) precedente sobrevive, esta diferença é de 45,0 meses, ou seja os nascimentos ocorrem cerca de 15 meses após. Assim, os nascimentos que seguem as crianças falecidas ocorrem muito mais cedo do que quando a criança precedente sobrevive: 30% dos nascimentos ocorre menos de dois anos após o nascimento da criança precedente, se este morrer, e 8% quando a criança precedente sobrevive. Este resultado pode ser explicado pelo desejo dos pais de substituir rapidamente o filho falecido.

Por meio de residência, constata-se a semelhança da variável *sexo*, que este factor não tem efeito algum na duração de intervalo intergenésico, cuja diferença é de 0,2 mês. No que diz respeito ao nível de instrução da mãe, constata-se que o intervalo intergenésico das mulheres sem instrução (45 meses) é ligeiramente superior ao das mulheres que têm um nível de instrução primário (43,2 meses). Em contrapartida, o facto de ter um nível de instrução secundário ou mais prolonga este intervalo mediano de 3,1 meses (46,3 meses) em relação às mulheres do nível primário.

Em relação ao bem-estar económico do agregado, constata-se que 50% das crianças dos agregados do quintil mais rico nasceram 48,9 meses após o precedente, ou seja cerca de um ano após em relação as crianças dos agregados do quintil mais pobre (número mediano de 37,4 meses). A diferença de intervalo mediano entre as crianças dos quintis mais rico e mais pobre é de 11,5 meses. Enquanto que era de 4,9 meses entre as regiões, e de 3,1 meses entre as mulheres que têm o nível primário e as que têm o nível secundário ou mais.

---

[1] Somente 0,1% e 9,3% das mulheres de 15-49 anos e 20-24 anos têm 3 filhos ou mais, respectivamente.

Quadro 4.5 Intervalo intergenésico

Distribuição percentual dos nascimentos, outros que os da primeira ordem, acontecidos nos últimos cinco anos anteriores ao inquérito por número de meses desde o nascimento precedente, e mediana de meses desde o nascimento precedente, segundo algumas características sociodemográficas, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

Características sociodemográficas	Meses desde o nascimento precedente						Total	Efectivo de nascimentos que não são da primeira ordem	Mediana de meses desde o nascimento precedente
	7-17	18-23	24-35	36-47	48-59	60+			
Grupo etário									
15-19	*	*	*	*	*	*	100,0	9	20,4
20-29	4,0	8,8	34,5	26,3	14,5	12,0	100,0	627	37,4
30-39	2,1	3,9	23,3	16,6	16,6	37,6	100,0	586	50,3
40-49	3,5	4,8	11,6	15,9	13,8	50,5	100,0	217	61,0
Ordem de nascimento									
2-3	2,7	7,5	28,5	23,9	12,6	24,8	100,0	714	41,7
4-6	4,6	5,5	23,6	16,3	18,5	31,6	100,0	564	48,1
7+	1,3	5,1	27,5	20,8	14,8	30,5	100,0	160	44,8
Sexo do filho(a) precedente									
Masculino	4,4	6,7	25,5	18,8	15,2	29,4	100,0	763	44,3
Feminino	2,0	6,1	27,5	22,6	15,0	26,7	100,0	676	44,1
Sobrevivência do filho(a) precedente									
Vivo	2,0	6,1	25,8	21,4	15,5	29,2	100,0	1 328	45,0
Falecido	19,3	10,2	34,5	10,2	11,0	14,8	100,0	111	30,2
Meio de residência									
Urbano	3,9	6,5	26,5	19,4	14,2	29,5	100,0	683	44,1
Rural	2,7	6,4	26,3	21,7	16,0	26,9	100,0	756	44,3
Região									
Região Centro	3,5	5,8	25,4	19,4	14,1	31,7	100,0	844	45,4
Região Sul	2,5	5,0	27,0	22,3	18,6	24,7	100,0	196	43,7
Região Norte	3,0	8,2	29,2	22,7	15,6	21,3	100,0	327	39,5
Região do Príncipe	3,9	10,1	24,1	20,3	15,2	26,3	100,0	71	44,1
Nível de instrução									
Nenhum	1,3	3,2	22,5	25,7	17,3	30,0	100,0	88	45,0
Primário	3,2	7,0	28,1	20,3	15,7	25,8	100,0	1 039	43,2
Secundário ou mais	4,2	5,5	22,4	20,5	12,6	34,8	100,0	307	46,3
Quintil de bem-estar económico									
O mais pobre	3,3	7,5	37,0	19,1	14,2	18,8	100,0	307	37,4
Segundo	3,8	7,1	26,1	18,7	18,1	26,3	100,0	311	43,9
Médio	4,3	9,7	22,6	22,6	12,6	28,1	100,0	316	43,3
Quarto	2,9	3,7	23,1	21,2	16,1	32,9	100,0	271	47,3
O mais rico	1,8	2,9	22,0	21,5	14,7	37,2	100,0	233	48,9
Total	3,3	6,4	26,4	20,6	15,1	28,1	100,0	1 438	44,2

Nota: Os nascimentos de ordem 1 são excluídos. Para os nascimentos múltiplos, o intervalo intergenésico é o número de meses desde a gravidez precedente que resultou em nado-vivo.
* Caso de efectivos não ponderados entre 25 e 49.

4.5 IDADE AO PRIMEIRO NASCIMENTO

A descendência final é geralmente influenciada pela idade ao nascimento do primeiro filho, particularmente numa situação de fraca utilização da contracepção. Quanto mais precoce for a idade no primeiro nascimento, maior é a probabilidade de uma mulher ter muitos filhos. Contudo, uma idade muito precoce ao nascimento do primeiro filho pode ter repercussões importantes na saúde da mãe e constituir um factor de risco de mortalidade das crianças. O quadro 4.6 apresenta a distribuição das mulheres por idade, no nascimento do primeiro filho, e a idade mediana ao primeiro nascimento, segundo o grupo etário no momento do inquérito.

Os resultados mostram que, as mulheres de São Tomé e Príncipe tiveram o seu primeiro filho entre 19,1 e 19,6 anos. Entre as mulheres de 20-24 anos, 32% ainda não tinha filhos, mas 25% tinha o seu primeiro filho antes de atingir 18 anos e 48% antes de atingir 20 anos. A idade mediana no primeiro nascimento sofreu uma modificação progressiva de uma geração para outra (de um mínimo de 19,1 anos nas mulheres de 45-49 anos para um máximo de 19,8 anos nas mulheres idosas de 30-34 anos). A tendência observada permite concluir que houve um ligeiro aumento da idade mediana no primeiro nascimento.

Quadro 4.6 Idade ao nascimento do primeiro filho

Percentagem de mulheres dos 15-49 anos que deram à luz pela primeira vez antes de atingir certas idades exactas, percentagem que nunca teve filho, e idade mediana ao primeiro nascimento, segundo a idade actual, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

Grupo etário	Percentagem que deu à luz antes de atingir a idade exacta de: 15	18	20	22	25	Percentagem que nunca teve filho	Efectivo de mulheres	Idade mediana ao primeiro nascimento
15-19	0,8	na	na	na	na	82,8	555	a
20-24	1,3	25,1	48,2	na	na	31,6	459	a
25-29	2,2	23,6	57,1	75,9	87,1	9,4	452	19,4
30-34	2,3	23,2	53,6	75,3	88,5	3,5	398	19,8
35-39	1,4	24,1	53,2	72,8	88,1	0,3	258	19,7
40-44	3,1	28,1	63,6	79,7	89,2	0,3	282	19,2
45-49	5,9	36,9	56,7	74,4	88,1	2,0	211	19,1
20-49	2,4	25,9	54,8	na	na	10,1	2 060	19,6
25-49	2,7	26,2	56,7	75,7	88,1	3,9	1 601	19,5

na = Não se aplica
a = Menos de 50 % de mulheres teve um filho antes de atingir o inicio do grupo etário.

De acordo com o quadro 4.7, a idade mediana das mulheres de 25-49 anos no primeiro nascimento apresenta variações importantes, segundo as características socio-demográficas. Com efeito, a vinda de um primeiro filho ocorre mais cedo nas mulheres do meio rural (19,2 anos) do que nas mulheres do meio urbano (19,8 anos). Por regiões, a idade mediana no primeiro nascimento atinge o mínimo de 18,9 anos na região do Príncipe e o máximo de 19,7 anos na região do Centro. Por outro lado, o nível de instrução das mulheres tende a influenciar a idade mediana no primeiro nascimento: as mulheres sem nível de instrução (18,4 anos) e as que têm um nível de instrução primário (19,1 anos) distinguem-se por uma idade mediana no primeiro nascimento mais precoce do que as mulheres que têm um nível de instrução secundário ou mais (21,1 anos).

Por nível de bem-estar económico do agregado familiar, os resultados mostram que o nascimento do primeiro filho ocorre mais tardiamente entre as mulheres dos agregados do quintil mais rico (21,2 anos) e acontece 1,1 ano após, em comparação com a idade em que ocorre nas mulheres dos agregados do primeiro ao quarto quintil (19,1 anos).

Quadro 4.7 Idade mediana ao primeiro nascimento

Idade mediana ao primeiro nascimento para as mulheres de 20-49 anos (25-49) por idade actual, segundo algumas características sociodemográficas, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

Características sociodemográficas	Idade						Idade das mulheres 20-49	Idade das mulheres 25-49
	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49		
Meio de residência								
Urbano	a	19,4	20,2	20,6	19,3	19,8	a	19,8
Rural	19,3	19,4	19,4	19,3	19,1	18,4	19,3	19,2
Região								
Região Centro	a	19,5	19,9	20,2	19,5	19,8	19,9	19,7
Região Sul	19,1	19,4	19,6	20,2	18,8	18,8	19,3	19,3
Região Norte	19,3	19,5	19,7	19,1	18,9	18,2	19,2	19,2
Região do Príncipe	18,9	18,3	18,9	19,6	18,8	19,1	18,9	18,9
Nível de instrução								
Nenhum	19,4	17,9	18,8	17,3	18,3	18,4	18,6	18,4
Primário	18,7	18,8	19,4	19,4	19,0	18,9	19,0	19,1
Secundário ou mais	-	21,6	21,1	21,6	20,5	20,2	-	21,1
Quintil de bem-estar económico								
O mais pobre	19,0	18,8	19,9	19,1	19,0	19,1	19,1	19,1
Segundo	19,5	18,9	19,1	18,6	19,2	20,2	19,2	19,1
Médio	19,5	19,3	18,9	19,9	19,0	18,4	19,2	19,1
Quarto	19,9	19,2	19,9	19,1	19,2	18,3	19,3	19,2
O mais rico	a	21,5	21,6	21,8	20,1	20,1	-	21,2
Total	a	19,4	19,8	19,7	19,2	19,1	19,6	19,5

a = Menos de 50 % de mulheres teve um filho antes de atingir o início do grupo etário.

4.6 GRAVIDEZ E FECUNDIDADE DAS ADOLESCENTES

Pela sua contribuição na fecundidade geral, a fecundidade das adolescentes (jovens mulheres de 15-19 anos), ocupa uma posição importante na elaboração das políticas e na implementação de estratégias e de programas de saúde reprodutiva. Por conseguinte, é importante examinar a fecundidade das adolescentes por várias razões. Primeiramente, as crianças nascidas de mães muito jovens correm riscos elevados de morbilidade e de mortalidade. Seguidamente, as mães adolescentes são mais expostas às complicações durante a gravidez e por ser mais vulneráveis, os riscos de falecer durante o parto são mais acrescentados. Finalmente, o início precoce da vida reprodutiva reduz consideravelmente as oportunidades escolares e profissionais.

Estes adolescentes que constituem 21% do total das mulheres em idade de procriar contribuem para quase 10% da fecundidade total das mulheres. O quadro 4.8 apresenta as proporções das adolescentes que já tiveram um ou mais filhos e das que estão grávidas pela primeira vez por idade simples entre 15 e 19 anos. Considerando que a soma destas duas percentagens fornece a proporção de adolescentes que já começaram a sua vida reprodutiva, constata-se que mais de duas adolescentes de

15-19 anos, em cada dez (23%), já começaram a vida fecunda: 17% já é mãe e 6% está grávida primeira vez. Aos 15 anos, mais de 3% das mulheres já tinha começado a sua vida fecunda, e esta proporção aumenta rapidamente com a idade: aos 17 anos, 23% das mulheres tem pelo menos um filho ou está grávida primeira vez e, aos 19 anos, esta proporção abrange cerca de 40% das mulheres, cuja grande maioria (38%) já tem pelo menos um filho.

Analisando os dados por meio de residência, constata-se que as adolescentes que residem no meio rural começam muito mais cedo a vida reprodutiva do que as adolescentes do meio urbano. Com efeito, no meio rural, 32% das adolescentes já começou a sua vida fértil contra 16% no meio urbano. Estas diferenças relativamente importantes significam que as adolescentes têm um comportamento diferente em matéria de procriação, segundo o meio de residência.

Relativamente às regiões, constata-se também disparidades: a proporção de adolescentes que começou a vida fecunda varia de um mínimo de 19% no Centro para um máximo de 30% no Norte. O início precoce da vida reprodutiva é mais visível entre as adolescentes com o nível de instrução primário (36%) do que entre as que têm o nível secundário ou mais (14%). Do mesmo modo, nos agregados dos dois quintis mais pobres, a proporção de adolescentes que já começou a vida reprodutiva é muito mais elevada que nas do quintil mais rico (respectivamente, 37% e 39% contra 8%).

Quadro 4.8 Gravidez e fecundidade das adolescentes

Percentagem de adolescentes dos 15-19 anos que já tiveram um nascimento vivo ou que estão grávidas do primeiro filho e percentagem de adolescentes que alguma vez engravidaram, segundo algumas características sociodemográficas, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

Características sociodemográficas	Percentagem que: Teve um nascimento	Está grávida do primeiro filho	Percentagem que alguma vez engravidou	Efectivo de mulheres
Idade				
15	3,1	0,2	3,4	100
16	9,8	5,1	14,9	120
17	13,5	9,7	23,3	105
18	22,6	9,3	31,9	133
19	37,5	2,2	39,7	97
Meio de residência				
Urbano	12,4	3,2	15,7	313
Rural	23,4	8,7	32,1	241
Região				
Região Centro	13,4	5,6	19,0	364
Região Sul	26,1	5,4	31,5	63
Região Norte	24,7	4,8	29,5	101
Região do Príncipe	20,1	9,0	29,2	27
Nível de instrução				
Nenhum	*	*	*	9
Primário	27,2	8,8	36,0	231
Secundário ou mais	10,2	3,4	13,6	313
Quintil de bem-estar económico				
O mais pobre	30,8	6,0	36,8	102
Segundo	29,7	8,8	38,5	95
Médio	12,3	8,5	20,8	80
Quarto	10,5	7,4	18,0	132
O mais rico	8,3	0,0	8,3	146
Total	17,2	5,6	22,8	555

* Casos de efectivos não ponderados inferiores a 25.

PLANEAMENTO FAMILIAR 5

Nos países africanos, o ritmo elevado de crescimento da população constitui um constrangimento importante aos esforços de desenvolvimento. O desequilíbrio persistente entre o aumento elevado da população e o crescimento económico insuficiente contribui para a deterioração das condições de vida das famílias. Uma das prioridades actuais dos poderes públicos é portanto de criar os instrumentos adequados para um controlo eficiente do movimento observado. A fecundidade, como componente principal dessa evolução, está no centro de todas as preocupações. Em São Tomé e Príncipe, apesar das acções empreendidas, o nível de fecundidade permanece elevado. A taxa global de crescimento populacional situa-se em 1,6% (RGPH-2001) com um uma taxa bruta de natalidade TBN) de 35,3 por mil e um índice sintético de fecundidade (ISF) de 4,7 tendo este ultimo decrescido em 20% em relação ao censo 1991.

No quadro da sua politica de luta contra a pobreza e após o programa de Acção da Conferência Internacional sobre a População e Desenvolvimento, adoptado por consenso em Setembro de 1994, no Cairo, o governo de São Tome e Principe reafirmou o reconhecimento que um dos requisitos essenciais para o desenvolvimento humano e social é a melhoria da saúde das mulheres, dos homens, adolescentes e das crianças, tendo como um dos eixos a promoção da saúde reprodutiva incluindo a Planeamento familar. É a partir de da década de 80 que a planificação familiar começa a ser incorporada nos programas de saúde em STP mais concretamente na SMI começando por oferecer métodos contraceptivos e conselhos nas unidades de saúde da capital para posteriormente descentralizar-se para os distritos e depois para as unidades mais periféricas (postos sanitários). Assim a taxa de prevalência contraceptiva evoluiu de 11,8% em 1995 para 28,7% em 2005 e ao que parece com uma certa influencia na redução do ISF tendo em conta que o Governo desenvolveu uma estratégia que consiste em colocar à disposição das unidades de saúde, serviços de saúde reprodutiva, incluindo o planeamento familiar.

Este capítulo apresenta os resultados relativos ao planeamento familiar. Mais precisamente, os resultados dizem respeito ao conhecimento dos métodos, às atitudes e à prática em matéria de utilização de métodos contraceptivos. As questões foram colocadas essencialmente às mulheres. No entanto, tendo em conta a importância do papel dos homens na realização dos objectivos relativos à saúde reprodutiva e à tomada de decisão em matéria de planeamento familiar, foram colocadas aos homens questões sobre o conhecimento dos diferentes métodos e sobre a exposição às mensagens relativas ao planeamento familiar. Globalmente, os dados recolhidos pelo IDS-STP 2008-2009 permitem abordar os seguintes assuntos:

- conhecimento e práticas actuais e passadas da contracepção;
- conhecimento do período fértil;
- fontes de obtenção em contraceptivos;
- utilização futura da contracepção;
- fontes de informação sobre a contracepção.

5.1 CONHECIMENTO DOS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS

A utilização da contracepção supõe o conhecimento prévio de pelo menos um método contraceptivo. Para as necessidades da análise, os diferentes métodos contraceptivos retidos no questionário do inquérito foram divididos em duas categorias:

- os métodos modernos, incluindo a esterilização feminina e a esterilização masculina, a pílula, o Dispositivo Intra-Uterino ou esterilet (DIU), os injectáveis, os implantes, o preservativo masculino, o preservativo feminino, o diafragma, o Método do Aleitamento Materno e da Amenorreia (MAMA), os métodos vaginais (espermicidas, espumas e géis) e a pílula do dia seguinte;

- os métodos tradicionais, incluindo a abstinência periódica e o coito interrompido, os métodos ditos «populares», como as ervas, os amuletos, as infusões e outros métodos podendo entrar nesta categoria.

A recolha das informações relativas ao conhecimento dos métodos foi feita em duas etapas. Na primeira a inquiridora anotava o(s) método(s) espontaneamente citado(s) pela inquirida. No caso em que a inquirida não tivesse citado todos os métodos inscritos no questionário, a inquiridora devia proceder a uma breve descrição dos métodos não citados e registar se sim ou não, a inquirida tinha ouvido falar deles. Considera-se então que uma mulher conhece um método contraceptivo se ela o citou espontaneamente ou se ela declarou conhecê-lo após a descrição feita pela inquiridora. As questões sobre o conhecimento dos métodos contraceptivos foram colocadas às mulheres e aos homens.

Os resultados apresentados no quadro 5.1 mostram que quase a totalidade (99%) das mulheres em idade de procriar (15-49 anos), das mulheres casadas/em união ou não em união, mas sexualmente activas, conhecem pelo menos um método contraceptivo. Em geral, as mulheres conhecem mais os métodos modernos (99%) do que os métodos tradicionais ou populares (61%); as diferenças de conhecimento entre os homens e as mulheres são reduzidas visto que, em média, as mulheres declararam conhecer 6,5 métodos contra 6,0 para os homens; entre as mulheres e os homens casados/em união de facto, as médias foram respectivamente de 6,5 e 6,8; entre as mulheres e os homens casados/em união e sexualmente activos, essas médias são respectivamente de 6,7 e 6,0.

No conjunto das mulheres, os resultados em função do método mostram que entre os métodos contraceptivos modernos, cinco métodos foram mais frequentemente citados do que os outros. Trata-se por ordem de importância do preservativo masculino (94%), da pílula (93%) e dos injectáveis (91%), seguidos pelo DIU (66%) e pelo preservativo feminino (59%). Relativamente aos métodos contraceptivos tradicionais, a abstinência periódica e o coito interrompido são conhecidos respectivamente por 49% e 35% das mulheres. Nos homens, como nas mulheres, os métodos modernos mais frequentemente citados são o preservativo masculino (98%), a pílula (79%) e os injectáveis (77%).

Quadro 5.1 Conhecimento de métodos contraceptivos

Percentagem de mulheres e homens de 15-49 anos, e de mulheres e homens actualmente casados/ em união e de mulheres e homens não casados/não em união e sexualmente activos que conhecem um método contraceptivo, segundo o método, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

	Mulheres			Homens		
Méthode	Todas as mulheres	Mulheres actualmente casadas/ em união	Mulheres não casadas/em união e sexualmente activas[1]	Todos os homens	Homens actualmente casados/ em união	Homens não casados/em união e sexualmente activas[1]
Algum método	98,5	99,3	99,3	98,9	99,5	99,8
Um método moderno	98,5	99,3	98,8	98,9	99,5	99,8
Esterilização feminina	33,2	32,2	31,3	36,8	43,1	33,7
Esterilização masculina	18,7	15,8	20,5	25,5	28,0	22,7
Pílula	93,4	95,8	92,6	78,9	84,9	78,9
DIU	65,7	67,7	63,1	42,0	49,1	43,9
Injecção	91,2	94,3	87,8	77,4	85,6	77,5
Implantes	8,6	8,2	6,6	9,6	11,8	10,6
Preservativo masculino	93,5	93,4	96,4	98,1	98,7	99,6
Preservativo feminino	58,6	54,6	66,2	61,2	63,1	65,7
Diafragma	9,8	7,5	8,2	13,0	16,2	14,2
Espermicidas	15,1	14,1	19,7	16,1	18,9	18,8
Método de Aleitamento Materno e Amenorreia (MAMA)	48,4	50,5	52,2	34,8	43,0	31,5
Pílula de emergência	17,5	17,9	19,9	14,4	18,1	12,0
Um método tradicional	60,5	61,2	67,6	58,0	67,6	57,0
Abstinência sexual periódica	48,6	47,8	60,0	46,5	55,8	41,8
Coito interrompido	35,2	38,1	34,6	39,4	49,5	39,0
Métodos populares	13,4	15,1	9,3	7,4	11,0	5,8
Número médio de métodos conhecidos pelos entrevistados de 15-49	6,5	6,5	6,7	6,0	6,8	6,0
Efectivo de entrevistados	2 615	1 718	146	2 078	958	376
Número médio de métodos conhecidos pelos entrevistados de 15-59	na	na	na	6,1	6,8	6,0
Efectivo de entrevistados	na	na	na	2 296	1 140	392

[1] Teve relação sexual no último mês anterior ao inquérito
na = Não se aplica

O quadro 5.2 apresenta as percentagens de mulheres e homens em união de facto que conhecem pelo menos um método qualquer ou um método moderno de contracepção segundo certas características sócio demográficas.

Quadro 5.2 Conhecimento de métodos contraceptivos por características sociodemográficas

Percentagem de mulheres e homens de 15-49 anos, actualmente casados/em união que conhecem pelo menos um método contraceptivo e percentagem que conhece pelo menos um método moderno, por algumas características sociodemográficas, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

Características sociodemográficas	Mulheres			Homens		
	Conhece um método	Conhece um método moderno[1]	Efectivo	Conhece um método	Conhece um método moderno[1]	Efectivo
Grupo etário						
15-19	98,7	98,7	110	*	*	4
20-24	99,5	99,5	285	100,0	100,0	84
25-29	99,9	99,9	371	99,7	99,7	186
30-34	99,4	99,4	330	100,0	100,0	234
35-39	99,2	99,2	224	99,1	99,1	185
40-44	99,4	99,4	242	98,6	98,6	142
45-49	97,5	97,5	156	99,6	99,6	123
Meio de residência						
Urbano	99,2	99,2	911	99,3	99,3	464
Rural	99,4	99,4	807	99,7	99,7	494
Região						
Região Centro	99,4	99,4	1 063	99,5	99,5	519
Região Sul	98,3	98,3	224	99,0	99,0	141
Região Norte	99,5	99,5	354	99,7	99,7	242
Região do Príncipe	100,0	100,0	77	100,0	100,0	56
Nível de instrução						
Nenhum	96,1	96,1	123	*	*	8
Primário	99,3	99,3	1 135	99,4	99,4	592
Secundário ou mais	100,0	100,0	460	99,6	99,6	358
Quintil de bem-estar económico						
O mais pobre	98,7	98,7	298	99,1	99,1	166
Segundo	98,9	98,9	366	99,7	99,7	212
Médio	99,3	99,3	338	99,3	99,3	196
Quatro	99,3	99,3	357	100,0	100,0	193
O mais rico	100,0	100,0	359	99,3	99,3	191
Total 15-49	99,3	99,3	1 718	99,5	99,5	958
Homens 50-59	na	na	na	99,1	99,1	182
Total dos homens 15-59	na	na	na	99,4	99,4	1 140

[1] Esterilização feminina, esterilização masculina, pílula, DIU, injecção, implantes, preservativo masculino, preservativo feminino, diafragma, espermicidas, Método de Aleitamento Materno e Amenorreia (MAMA) e a pílula de emergência.
* Caso de efectivos não ponderados inferiores a 25.
na = Não se aplica

O conhecimento de pelo menos um método contraceptivo entre as mulheres e os homens actualmente casados/em união está uniformemente difundido e não se nota variações significativas em função da maioria das características, devido aos muito elevados níveis de conhecimento.

5.2 UTILIZAÇÃO PASSADA DE METODOS CONTRACEPTIVOS

A avaliação dos programas de planeamento familiar incide sobre três factores: a procura, a oferta e a utilização dos serviços de planeamento familiar. Com o fito de estimar o nível de utilização contraceptiva, o IDS STP 2008-2009 perguntou às pessoas que declararam conhecer um método contraceptivo específico, se elas já tinham utilizado esse método. Essas informações permitem medir o nível de prática da contracepção a um dado momento da vida dos inquiridos.

O quadro 5.3 apresenta os resultados relativos à prática contraceptiva utilizada no passado pelo conjunto das mulheres e para dois grupos de mulheres: as mulheres actualmente casadas/em união de facto e as mulheres que não estão em união e são sexualmente activas. Os dados indicam que mais de seis mulheres em cada dez (64%) já utilizou pelo menos um método contraceptivo a um dado momento da vida. Com uma proporção de 16% para os métodos modernos contra 62% para os métodos tradicionais; estes foram os mais utilizados. Entre os métodos modernos, são a pílula (35%), o preservativo masculino (29%) e os injectáveis (24%) os mais utilizados. Por outro lado, o coito interrompido (9%) foi o método tradicional mais frequentemente utilizado no passado, seguido da abstinência periódica (8%).

Quadro 5.3 Utilização de métodos contraceptivos num momento qualquer: Mulheres

Percentagem de mulheres de 15-49 anos, de mulheres actualmente casadas/em união e de mulheres não casadas/não em união e sexualmente activas que alguma vez utilizaram um método contraceptivo, por método e segundo o grupo etário, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

Grupo etário	Algum método	Um método moderno	Método moderno: Esterilização feminino	Esterilização masculino	Pílula	DIU	Injecção	Implantes	Preservativo masculino	Preservativo feminino	Espermicidas	MAMA	Pílula de emergência	Algum método tradicional	Método tradicional: Abstinência periódica	Coito interrompido	Método popular	Efectivo de mulheres
TODAS AS MULHERES																		
15-19	24,4	24,2	0,0	0,0	5,6	0,0	0,9	0,0	20,2	0,8	0,3	1,3	0,1	3,1	1,6	2,2	0,2	555
20-24	67,1	65,8	0,0	0,0	31,3	0,6	15,3	0,0	44,3	0,7	0,4	3,2	1,1	13,6	5,5	9,6	0,7	459
25-29	79,8	77,6	0,0	0,0	51,6	1,3	34,7	0,1	40,1	0,0	0,5	13,1	0,3	20,0	10,0	10,9	2,5	452
30-34	81,4	80,1	1,0	0,0	49,4	4,5	32,2	0,0	33,4	1,7	0,3	14,8	0,4	24,4	12,2	12,3	4,4	398
35-39	82,3	80,0	1,7	0,0	44,9	5,4	40,5	0,0	23,4	0,0	2,1	13,0	1,1	19,3	11,7	9,1	1,6	258
40-44	76,0	73,9	1,7	0,2	42,4	6,0	37,7	0,0	17,1	0,0	0,6	10,5	0,2	20,2	11,0	12,1	1,9	282
45-49	51,0	48,4	4,9	0,0	29,3	4,7	24,3	0,0	8,1	0,0	1,7	6,4	0,5	15,5	5,5	6,1	7,9	211
Total	63,6	62,0	0,9	0,0	34,5	2,6	23,8	0,0	28,9	0,5	0,7	8,3	0,5	15,6	7,7	8,6	2,2	2 615
MULHERES ACTUALMENTE CASADAS/EM UNIÃO																		
15-19	50,7	50,5	0,0	0,0	22,2	0,0	4,0	0,0	32,3	0,7	1,6	4,0	0,0	7,8	4,2	5,1	0,8	110
20-24	74,4	72,4	0,0	0,0	43,0	0,6	20,5	0,0	42,4	1,0	0,3	4,9	1,0	17,8	7,3	12,0	1,1	285
25-29	82,4	80,1	0,0	0,0	56,5	1,0	37,4	0,1	38,5	0,0	0,6	14,3	0,0	21,2	10,5	12,0	2,3	371
30-34	84,4	82,7	1,2	0,0	51,0	4,6	32,4	0,0	34,2	1,8	0,3	16,1	0,4	25,9	13,3	13,5	4,3	330
35-39	84,2	81,6	1,9	0,0	44,7	6,2	41,9	0,0	23,6	0,0	2,4	14,1	1,3	19,7	12,4	8,3	1,8	224
40-44	78,0	75,5	1,8	0,0	43,2	6,4	39,2	0,0	16,8	0,0	0,7	10,2	0,2	21,6	12,5	12,4	2,2	242
45-49	51,3	50,1	5,0	0,0	31,2	6,1	25,4	0,0	7,3	0,0	2,3	8,5	0,7	15,0	5,6	6,7	6,5	156
Total	76,2	74,3	1,2	0,0	45,3	3,5	31,3	0,0	30,1	0,6	1,0	11,3	0,5	20,0	10,2	10,9	2,7	1 718
MULHERES NÃO CASADAS/NÃO EM UNIÃO E SEXUALMENTE ACTIVAS[1]																		
15-19	63,9	61,8	0,0	0,0	7,2	0,0	0,0	0,0	59,8	5,0	0,0	1,5	1,4	9,3	2,9	7,3	0,0	54
20-24	85,5	85,5	0,0	0,0	9,3	1,1	10,0	0,0	78,7	0,0	1,5	0,0	4,5	5,8	4,1	3,7	0,0	51
25-29	77,5	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	18
30-34	51,3	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	6
35-39	61,2	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	6
40-44	95,4	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	3
45-49	28,7	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	8
Total	71,4	69,9	0,0	0,0	14,8	1,8	9,2	0,0	61,3	1,9	0,5	3,1	3,0	9,1	3,8	6,5	0,9	146

MAMA = Método de Aleitamento Materno e Amenorreia.
[1] Mulheres que tiveram relação sexual no último mês anterior ao inquérito.
* Caso de efectivos não ponderados inferiores a 25.

Os resultados segundo a idade põem em evidência desvios da prática passada de contracepção. É entre as mulheres de 30-39 anos que a proporção das que já utilizaram um método é a mais elevada (84%); após dessa idade, a proporção diminui para atingir apenas a 51% das mulheres dos 45-49 anos. Para o conjunto das mulheres, é aos 35-39 anos que a prevalência contraceptiva passada para todos os métodos é a mais elevada (82%).

5.3 UTILIZAÇÃO ACTUAL DA CONTRACEPÇÃO

A utilização actual da contracepção constitui um dos principais objectivos do IDS STP. Define-se como sendo a prática de um método contraceptivo qualquer pelas mulheres em idade reprodutiva dos 15-49 anos no momento do inquérito, qualquer que seja o seu estado civil. A percentagem de utilização actual corresponde às taxas de prevalência contraceptiva.

Deduz-se do quadro 5.4 que a taxa de prevalência contraceptiva é de 30,7% para todas as mulheres com idade compreendida entre 15 e 49 anos; 27,4% de entre elas, recorreu a um método moderno e 3,3% a um método tradicional. Como para a utilização passada de contraceptivos, as mulheres utilizam essencialmente três métodos: a pílula (10,5%), os injectáveis (8,2%) e o preservativo masculino (7,1%). Todos os outros métodos dizem respeito a menos de 1% das inquiridas. A esterilização feminina é muito rara, dizendo respeito apenas a uma fraca proporção (1% a 4,9%) de mulheres de idade compreendida entre 30 e 49 anos. O recurso ao DIU e ao MAMA é respectivamente de 0,3% e 0,4%. Em geral, a prevalência contraceptiva aumenta com a idade. As mais importantes utilizadoras estão concentradas nas idades intermédias (entre 20 e 44 anos).

Para as mulheres casadas/em união de facto, a prevalência é mais elevada do que para o conjunto das mulheres: 38,4% para um método qualquer, 33,7% para um método moderno e 4,7% para um método tradicional. Apesar do efectivo das mulheres solteiras e sexualmente activas ser bastante reduzido, os resultados sugerem uma muito forte prevalência contraceptiva nesse grupo (46,5%). Essas mulheres recorrem quase exclusivamente a dois métodos: o preservativo masculino (40,7%) e a pílula (4,2%).

De notar por fim um desvio importante entre as percentagens de utilizadoras no passado e de utilizadoras actuais. Para os métodos modernos, os dados correspondentes são de 63,6% e 38,4% para as mulheres em união de facto e 76,2% e 30,7% para todas as mulheres, ou seja do simples para menos de metade. Essa diferença pode ser o resultado, entre outros, de problemas de interrupção ou de instabilidade na utilização da contracepção. Parece que mais de 50% das utilizadoras de contraceptivos o fazem de forma ocasional ou para espaçar mais do que para limitar a sua descendência.

Por outro lado, o quadro 5.5 e o gráfico 5.1 apresentam a prevalência contraceptiva nas mulheres dos 15-49 anos actualmente casadas/em união segundo o método anticoncepcional actualmente utilizado e segundo certas características sócio demográficas. A prevalência contraceptiva, ara todos os métodos, é mais elevada no meio rural (44,1%) do que no meio urbano (33,3%); acontece o mesmo para os métodos modernos (40,1% contra 28%). No meio rural, os métodos modernos mais utilizados são a pílula (19% contra 11,6% no meio urbano) e os injectáveis (15,5% e 7,9%). O preservativo masculino é mais utilizado no meio urbano (5,9% contra 3,9% no meio rural). O principal método tradicional utilizado é a abstinência periódica, e diz respeito sobretudo às mulheres urbanas (3,9% contra 1,6% no meio rural). A utilização dos outros métodos é muito fraca e os desvios entre o urbano e o rural são insignificantes (1,1%). As diferenças inter-regionais são importantes. A região do Príncipe e a do Norte distinguem-se pela maior prevalência contraceptiva moderna que é respectivamente de 46,6% e 37%. Ao contrário, a região do Centro (32%) e a do Sul (31,9%) apresentam níveis relativamente fracos. Nota-se por outro lado particularidades regionais na distribuição segundo o método utilizado: as regiões do Príncipe (21,7%) e do Norte (20,3%) têm prevalências nitidamente mais elevadas para a pílula, enquanto que as prevalências relativamente elevadas dos injectáveis são constatadas nas regiões do Príncipe (18,9%) e do Sul (15,5%).

Quadro 5.4 Uso actual de métodos contraceptivos por grupo etário

Distribuição percentual de mulheres de 15-49 anos, de mulheres actualmente casadas/em união e mulheres não casadas/em união e sexualmente activas, actualmente usando algum método contraceptivo segundo o tipo de método, por grupo etário, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

		Método moderno							Método tradicional						
Grupo etário	Algum método	Algum método moderno	Esterilização feminina	Pílula	DIU	Injecção	Preservativo masculino	Espermicidas	MAMA	Algum método tradicional	Abstinência periódica	Coito interrompido	Método popular	Não usa actualmente	Total	Efectivo de mulheres
TODAS AS MULHERES																
15-19	13,1	12,8	0,0	2,9	0,0	0,6	9,2	0,0	0,2	0,2	0,0	0,1	0,2	86,9	100,0	555
20-24	34,1	32,5	0,0	12,4	0,0	6,7	13,0	0,0	0,4	1,6	1,1	0,3	0,2	65,9	100,0	459
25-29	39,3	34,8	0,0	15,5	0,4	11,2	7,2	0,0	0,4	4,5	2,4	1,5	0,7	60,7	100,0	452
30-34	39,2	33,9	1,0	12,3	0,6	13,2	6,3	0,0	0,4	5,4	3,8	1,0	0,5	60,8	100,0	398
35-39	42,7	36,1	1,7	16,4	1,0	15,1	1,7	0,0	0,3	6,7	4,3	1,8	0,5	57,3	100,0	258
40-44	33,3	28,1	1,7	11,5	0,0	10,2	3,7	0,0	0,9	5,2	3,3	1,4	0,6	66,7	100,0	282
45-49	17,4	15,5	4,9	4,4	0,0	4,9	0,9	0,5	0,0	1,8	0,7	0,3	0,8	82,6	100,0	211
Total	30,7	27,4	0,9	10,5	0,3	8,2	7,1	0,0	0,4	3,3	2,0	0,8	0,4	69,3	100,0	2 615
MULHERES ACTUALMENTE CASADAS/EM UNIÃO																
15-19	22,2	21,4	0,0	11,2	0,0	2,7	6,6	0,0	0,9	0,8	0,0	0,0	0,8	77,8	100,0	110
20-24	38,9	36,7	0,0	18,9	0,0	9,7	7,4	0,0	0,7	2,2	1,6	0,2	0,4	61,1	100,0	285
25-29	40,3	35,5	0,0	18,2	0,5	11,7	4,6	0,0	0,4	4,8	2,2	1,8	0,8	59,7	100,0	371
30-34	44,2	38,1	1,2	13,8	0,7	14,9	7,0	0,0	0,5	6,1	4,3	1,2	0,6	55,8	100,0	330
35-39	46,5	38,8	1,9	17,5	1,1	16,1	1,9	0,0	0,4	7,7	5,0	2,1	0,6	53,5	100,0	224
40-44	37,7	31,6	1,8	13,1	0,0	11,3	4,3	0,0	1,0	6,1	3,8	1,6	0,7	62,3	100,0	242
45-49	21,3	18,8	5,0	5,2	0,0	6,7	1,2	0,7	0,0	2,5	1,0	0,5	1,0	78,7	100,0	156
Total	38,4	33,7	1,2	15,1	0,4	11,5	5,0	0,1	0,6	4,7	2,8	1,2	0,7	61,6	100,0	1 718
MULHERES NÃO CASADAS/EM UNIÃO E SEXUALMENTE ACTIVAS[1]																
15-19	43,9	43,9	0,0	5,8	0,0	0,0	38,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	56,1	100,0	54
20-24	59,2	58,1	0,0	5,1	0,0	0,0	52,9	0,0	0,0	1,1	0,0	1,1	0,0	40,8	100,0	51
25-29	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	100,0	18
30-34	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	100,0	6
35-39	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	100,0	6
40-44	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	100,0	3
45-49	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	100,0	8
Total	46,5	46,1	0,0	4,2	0,0	1,2	40,7	0,0	0,0	0,4	0,0	0,4	0,0	53,5	100,0	146

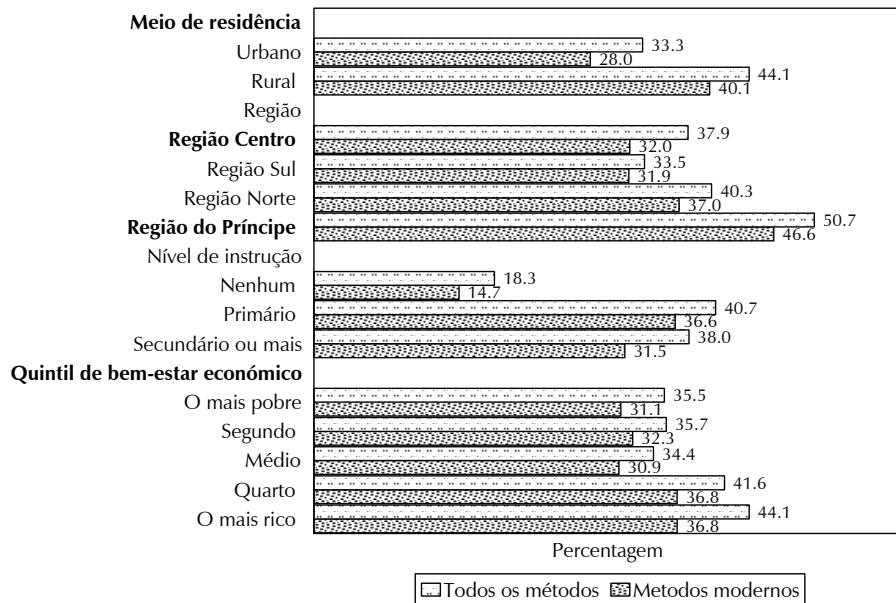
Nota: Se mais de um método usado, unicamente o mais eficaz foi considerado nesse quadro.
MAMA = Método da Amamentação Materna e da Amenorreia.
[1] Mulheres que tiveram relação sexual no último mês anterior ao inquérito.
* Caso de efectivos não ponderados inferiores a 25.

Quadro 5.5 Uso actual de métodos contraceptivos por características sociodemográficas

Distribuição percentual das mulheres actualmente casadas/em união de 15-49 anos por métodos contraceptivos actualmente usados, segundo algumas características sociodemografícas, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

Características sociodemográficas	Algum método	Método moderno: Algum método moderno	Esterilização feminina	Pílula	DIU	Injecção	Preservativo masculino	Espermicidas	MAMA	Método tradicional: Algum método tradicional	Abstinência periódica	Coito interrompido	Método popular	Não usa actualmente	Total	Efectivo de mulheres
TODAS AS MULHERES																
Meio de residência																
Urbano	33,3	28,0	1,5	11,6	0,6	7,9	5,9	0,1	0,4	5,2	3,9	0,6	0,8	66,7	100,0	911
Rural	44,1	40,1	0,8	19,0	0,1	15,5	3,9	0,0	0,7	4,1	1,6	1,9	0,5	55,9	100,0	807
Região																
Região Centro	37,9	32,0	1,1	13,6	0,5	10,0	6,2	0,1	0,4	5,9	3,7	1,6	0,6	62,1	100,0	1 063
Região Sul	33,5	31,9	1,5	11,6	0,0	15,6	1,3	0,0	1,9	1,6	1,1	0,0	0,5	66,5	100,0	224
Região Norte	40,3	37,0	1,3	20,3	0,3	11,5	3,4	0,0	0,2	3,3	1,8	0,5	1,0	59,7	100,0	354
Região do Príncipe	50,7	46,6	0,4	21,7	0,0	18,9	5,5	0,0	0,0	4,1	0,7	2,6	0,8	49,3	100,0	77
Nível de instrução																
Nenhum	18,3	14,7	0,7	1,6	0,0	11,9	0,0	0,0	0,5	3,6	1,9	0,0	1,6	81,7	100,0	123
Primário	40,7	36,6	1,1	16,9	0,2	14,2	4,0	0,1	0,2	4,1	1,9	1,5	0,7	59,3	100,0	1 135
Secundário ou mais	38,0	31,5	1,5	14,1	1,0	4,6	8,8	0,0	1,5	6,5	5,3	0,7	0,5	62,0	100,0	460
Número de filhos vivos																
0	2,8	2,8	0,0	0,0	0,0	0,0	2,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	97,2	100,0	91
1-2	37,0	33,2	0,2	16,5	0,9	7,5	7,4	0,0	0,6	3,8	2,4	0,8	0,7	63,0	100,0	609
3-4	44,4	39,0	1,8	16,9	0,2	14,7	4,6	0,2	0,5	5,4	3,8	1,2	0,4	55,6	100,0	604
5+	39,5	33,5	2,0	13,5	0,0	15,0	2,4	0,0	0,6	5,9	2,6	2,1	1,2	60,5	100,0	414
Quintil de bem-estar económico																
O mais pobre	35,5	31,1	0,8	13,9	0,0	13,8	2,0	0,0	0,6	4,4	1,9	1,1	1,4	64,5	100,0	298
Segundo	35,7	32,3	0,6	14,1	0,0	15,2	2,2	0,0	0,2	3,3	1,9	0,8	0,7	64,3	100,0	366
Médio	34,4	30,9	0,6	15,2	0,0	10,3	4,4	0,0	0,4	3,6	1,1	2,0	0,4	65,6	100,0	338
Quarto	41,6	36,8	1,3	16,2	0,0	11,4	7,3	0,0	0,6	4,8	2,5	1,7	0,6	58,4	100,0	357
O mais rico	44,1	36,8	2,5	15,7	1,9	6,9	8,5	0,3	1,0	7,3	6,5	0,4	0,4	55,9	100,0	359
Total	38,4	33,7	1,2	15,1	0,4	11,5	5,0	0,1	0,6	4,7	2,8	1,2	0,7	61,6	100,0	1 718

Nota: Se mais de um método usado, unicamente o mais eficaz foi considerado nesse quadro.
MAMA = Método de Aleitamento Materno e Amenorreia.

Gráfico 5.1 Prevalência da contracepção entre as mulheres casadas/em união segundo algumas características socidemográficas

A prevalência da contracepção, seja ela moderna ou tradicional, aumenta de forma muito importante nas mulheres instruídas. Ela passa de 18,3% nas mulheres sem instrução para 40,7% nas mulheres de nível primário e a 38% nas mulheres que têm o nível secundário ou mais. Para os métodos modernos, a tendência da prevalência contraceptiva é a mesma. Apesar da utilização dos métodos contraceptivos tradicionais ser fraca, ela aumenta com o nível de instrução, passando de 3,6% nas mulheres sem instrução a 4,1% nas que têm um nível de instrução primária e a 6,5 % nas que têm o nível secundário ou mais. Nota-se também o recurso mais frequente à pílula nas mulheres instruídas (primário 16,9% e 14,1% para o secundário ou mais), enquanto que as mulheres sem instrução e as com o nível primário utilizam mais frequentemente os injectáveis (11,9% e 14,2% respectivamente).

Constatamos também que a utilização da contracepção moderna é muito fraca nas mulheres que nunca tiveram filho (2,8%), estas distinguindo-se pela utilização sobretudo de um único método, o preservativo masculino. O aumento da prevalência contraceptiva moderna não está necessariamente associado ao número de filhos vivos, passando de 33,2% para as que já têm um ou dois filhos, a 39% para as com 3 ou 4 filhos e a 33,5% para as com mais de 4 filhos.

Por fim, o nível de prevalência contraceptiva aumenta geralmente com o nível de bem-estar económico, excepto para o quintil médio onde curiosamente a prevalência é mais fraca (34,4%). A prevalência nas mulheres que pertencem aos dois primeiros quintis, todos os métodos confundidos, situa-se em torno de 36%, em 41,6% nas mulheres dos agregados do quarto quintil e em 44,1% nas mulheres das famílias mais ricas. Observamos uma tendência similar para o conjunto dos métodos modernos.

5.4 NÚMERO DE FILHOS AQUANDO DA PRIMEIRA UTILIZAÇÃO

A utilização da contracepção pela primeira vez pode, em função da paridade atingida, satisfazer a diferentes objectivos:

- retardar o primeiro nascimento se a utilização começa quando a mulher ainda não tem filho;

- espaçar os nascimentos se a contracepção se inicia com uma paridade que a mulher deseja aumentar conforme um determinado calendário;

- limitar simplesmente a descendência a um certo número de filhos vivos quando a mulher recorre à contracepção porque ela atingiu o número de filhos desejado ou por outras razões (razões de saúde por exemplo).

O quadro 5.6 apresenta, por faixas etárias, a distribuição das mulheres de 15-49 anos segundo o número de filhos vivos que elas tinham no momento em que utilizaram um método contraceptivo pela primeira vez. Constatamos que em 10% dos casos, as mulheres começaram a utilizar um método contraceptivo quando ainda não tinham filhos, ou seja para retardar a vinda do primeiro nascimento, e que em 44% dos casos elas começaram quando elas tinham uma paridade relativamente fraca (1 a 3 filhos). Em 9% dos casos, a prática contraceptiva começou em paridade elevada (4 crianças ou mais), isso para limitar a descendência.

A proporção de mulheres que já utilizaram a contracepção pela primeira vez enquanto ainda não tinham filho aumenta das gerações mais antigas para as gerações mais recentes, passando de menos de 1% nas mulheres de 45-49 anos para 23% nas mulheres de 20-24 anos. Portanto, parece que as gerações jovens têm mais tendência que as antigas em retardar a vinda do primeiro filho. Para além disso, notamos que entre as mulheres de 25-29 anos, 41% começou a utilizar um método de planeamento familiar após o primeiro filho e 24% após o segundo, contra respectivamente 4% e 5% entre as mulheres de 45-49 anos, o que traduz provavelmente uma vontade de espaçamento dos nascimentos nas mulheres jovens.

Quadro 5.6 Número de filhos na época do uso do primeiro método

Distribuição percentual das mulheres de 15-49 anos, segundo o número de filhos vivos que tinham na época do uso de método contraceptivo pela primeira vez, por grupo etário actual, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

Grupo etário actual	Nunca usou método	Número de filhos vivos na época do uso de método contraceptivo pela primeira vez						Total	Efectivo de mulheres
		0	1	2	3	4+	Sem informação		
15-19	75,6	16,6	6,1	0,6	0,1	0,0	1,1	100,0	555
20-24	32,9	22,5	32,3	9,9	1,9	0,1	0,4	100,0	459
25-29	20,2	6,4	44,1	20,4	6,1	2,8	0,1	100,0	452
30-34	18,6	4,1	32,0	21,6	13,8	9,7	0,3	100,0	398
35-39	17,7	1,5	22,5	21,2	16,3	20,5	0,3	100,0	258
40-44	24,0	1,8	11,7	18,7	15,6	27,4	0,9	100,0	282
45-49	49,0	0,5	3,7	5,5	10,6	30,7	0,0	100,0	211
Total	36,4	9,6	23,2	13,2	7,6	9,4	0,5	100,0	2 615

5.5 CONHECIMENTO DO PERÍODO FÉRTIL

Os resultados precedentes mostraram que a utilização da abstinência periódica é fraca (2% no conjunto das mulheres). No entanto, a eficácia deste método repousa sobre um bom conhecimento do período fértil durante o ciclo menstrual. Durante o inquérito, perguntou-se portanto às mulheres utilizadoras ou não da abstinência periódica, se elas pensavam que no decurso do ciclo havia um período em que as possibilidades de engravidar eram mais elevadas e, se sim, em que momento do ciclo se situava esse período. As respostas dadas pelas mulheres estão sintetizadas no quadro 5.7. Tendo em conta as várias modalidades que respostas deste tipo podem conter, estas foram agrupadas em três categorias (Quadro 5.7):

- **As mulheres conhecem o período fértil**: as que declararam «no meio do período»;

- **As mulheres têm um conhecimento duvidoso do período fértil**: as que declararam «dia antes do início do período», «depois do fim do período». Essas respostas são muito vagas para poder ser consideradas como exactas, mas, segundo a ideia que fazem as mulheres do «logo após o fim» e do «justo antes do início», elas podem corresponder ao período fértil;
- **As mulheres não conhecem o período fértil**: as que declararam «durante o período», «nenhum momento específico», «não sei» ou qualquer outra resposta.

Apenas um pouco mais de uma mulher em cada oito (12%) tem um conhecimento preciso do período em que ela é fértil. Em oposição, 44% não sabe onde situar esse período. Entre as mulheres não utilizadoras da abstinência periódica, 12% sabe situar o período no decurso do qual existem mais possibilidades de engravidar. O conhecimento das mulheres que já utilizaram a abstinência periódica como método de contracepção é nitidamente maior, visto que 25% de entre elas, sabe situar correctamente o período fértil. No entanto, dentre essas utilizadoras, constatamos que 20% têm um conhecimento duvidoso e 56% não sabem onde situar esse período. Lembremos que a prevalência da abstinência periódica é de 2% para o conjunto das mulheres e de 2,8% para as mulheres casadas/em união. Assim é mais do que necessário informar as mulheres sobre o período fértil do seu ciclo menstrual para uma utilização mais eficaz deste método de contracepção.

Quadro 5.7 Conhecimento do período fértil

Distribuição percentual das mulheres de 15-49 anos segundo o conhecimento do período fértil durante o ciclo menstrual, segundo que usam ou não a abstinência periódica, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

Conhecimento do período fértil	Usuárias de abstinência periódica	Não usuárias de abstinência periódica	Todas as mulheres
Dia antes do período	9,0	5,9	6,0
Durante o período	1,4	1,6	1,6
No fim do período	9,5	36,6	36,0
No meio do período	24,6	11,8	12,1
Nenhum momento específico	20,7	12,3	12,5
Não sabe	34,8	31,6	31,7
Sem informação	0,0	0,2	0,2
Total	100,0	100,0	100,0
Efectivo de mulheres	53	2 562	2 615

5.6 FONTES DE OBTENÇÃO DE METODOS CONTRACEPTIVOS

Para avaliar a contribuição dos sectores médicos público e privado na distribuição ou na venda dos diferentes métodos modernos de contracepção, foi perguntado às utilizadoras que identificassem o local onde elas obtiveram o método actual (quadro 5.8). Para além disso, um bom conhecimento dos locais e dos canais de distribuição dos métodos contraceptivos permite redimensionar os esforços de marketing social ou de distribuição comunitária desses métodos.

Para obter os três métodos contraceptivos modernos mais utilizados, 87% das mulheres dirigem-se ao sector médico público para procurar os seus métodos e uma mulher em cada dez (11%) dirige-se ao sector privado. No sector público, as utilizadoras dirigem-se principalmente ao posto de saúde (29%) e ao centro de saúde pública (27%) para obter o seu método. As mulheres que se abastecem nos centros de planeamento familiar representam 25% das utilizadoras actuais da contracepção. A contribuição do sector privado é nula para os métodos clínicos (esterilização feminina e DIU) e mais fraca para os métodos não clínicos, tais como a pílula e os injectáveis. No sector privado, os principais fornecedores são de longe as boutiques/bares/discotecas (9%). Ao contrário, a contribuição das clínicas privadas, das ONG e das activistas é muito fraca, ela representa menos de 2%. Assim, 33% das utilizadoras do preservativo masculino obteve esse método junto das boutiques/bares/discotecas, enquanto que 2% das utilizadoras abasteceu-se em injectáveis junto dos hospitais e das clínicas privadas.

Quadro 5.8 Fonte de obtenção de métodos contraceptivos modernos

Distribuição percentual das usuárias actuais de métodos modernos de idade 15-49 anos por fonte de obtenção mais recente, segundo tipo de método, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

Fonte de obtenção	Pílula	Injecção	Preservativo masculino	Total[1]
Sector público	99,8	97,6	55,0	86,7
Hospital púbico	2,6	1,1	0,6	4,7
Centro de saúde público	32,5	36,8	11,4	26,8
Posto de saúde público	34,1	39,2	12,3	28,4
Clínica de planeamento familiar	30,7	20,6	24,5	25,1
Equipa móvel	0,0	0,0	0,2	0,0
Agente de saúde comunitário	0,0	0,0	0,8	0,2
Outro público	0,0	0,0	5,2	1,3
Sector médico privado	0,2	2,4	37,9	10,7
Hospital ou clínica privada	0,0	2,4	0,7	0,9
ONG	0,0	0,0	2,3	0,6
Activistas	0,0	0,0	1,1	0,3
Loja/bar/discoteca	0,2	0,0	33,4	8,8
Outro privado	0,0	0,0	0,5	0,1
Outro	0,0	0,0	6,6	2,4
Sem informação	0,0	0,0	0,5	0,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Efectivo de mulheres	276	215	185	708

[1] O total contabiliza outros métodos modernos como 23 usuárias de esterilização feminina, 7 usuárias de DIU e 1 usuária de espermicidas, mas exclui o Método de Aleitamento Materno e Amenorreia (MAMA).

5.7 INFORMAÇÕES RELATIVAS AOS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS

Durante o inquérito, perguntou-se às mulheres utilizadoras de métodos contraceptivos cujo último período de utilização tinha começado no decurso dos 5 anos que precederam o inquérito, se elas tinham sido informadas sobre a eventualidade de efeitos secundários, sobre o que era necessário fazer em caso de efeitos secundários e ainda se lhes tinham falado de outros métodos que elas poderiam utilizar. Essas informações apresentadas no quadro 5.9 são particularmente úteis para não apenas prevenir o abandono precoce de métodos contraceptivos adoptados, mas também para corrigir e combater os preconceitos relativos aos métodos contraceptivos.

Constatou-se que em 80% dos casos as utilizadoras dos métodos modernos declararam ter sido informadas sobre os efeitos secundários ou os problemas que poderiam acontecer com a utilização do seu método. Essa proporção é de 74% nas mulheres que utilizam a pílula e de 87% nas mulheres que utilizam os injectáveis. A proporção de mulheres que receberam essas informações varia muito pouco entre as duas fontes principais: 88% das mulheres foi informada junto do centro de saúde e 82% junto do posto de saúde. Para além disso, em 76% dos casos, as mulheres declararam ter sido informadas sobre o que era necessário fazer em caso de efeitos secundários. O nível de informação é praticamente o mesmo para as utilizadoras da pílula (75%) que para as utilizadoras dos injectáveis (77%). Ao contrário, a percentagem de informação sobre o que era necessário fazer é mais elevada junto do centro de saúde (84%) do que junto do posto de saúde (73%). Por fim, o quadro 5.9 mostra que 81% das mulheres recebeu informações fornecidas por um agente de saúde ou de PF relativas à utilização eventual de outros métodos. Essa proporção varia de 80% quando o método utilizado é a pílula para 83% quando se trata de injectáveis. É quando as mulheres obtiveram o seu método junto de um centro de saúde que elas foram mais frequentemente informadas por um agente de saúde (90% contra 77% junto do posto de saúde).

Quadro 5.9 Informações relativas aos métodos contraceptivos

Entre as mulheres de 15-49 anos usuárias actuais de métodos contraceptivos modernos que adoptaram um método nos cincos anos anteriores ao inquérito, percentagem informada sobre os efeitos secundários do método que usam actualmente, percentagem informada sobre o que fazer caso ocorram efeitos colaterais e percentagem informada por um agente de PF sobre outros métodos que poderiam usar, segundo o método e a fonte, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

	Entre as mulheres de 15-49 anos usuárias actuais de métodos contraceptivos modernos que adoptaram um método nos cincos anos anteriores ao inquérito:			
Método/fonte	Percentagem informada sobre os efeitos secundários do método que usam actualmente ou dos problemas devidos ao método	Percentagem informada sobre o que fazer, caso ocorra efeitos secundários	Percentagem informada por um agente de PF sobre outros métodos que poderia utilizar	Efectivo de mulheres
Método[1]				
Pílula	73,6	74,9	79,6	248
Injecção	87,3	76,9	83,1	204
Fonte inicial do método[2]				
Centro de saúde público	88,4	83,7	90,4	145
Posto de saúde público	81,5	72,9	76,6	162
Clínica de planeamento familiar	72,5	75,6	79.4	131
Total	79,9	76,1	80,8	468

[1]Não inclui 16 casos de mulheres que utilizam outros métodos.
[2]Não inclui as utilizadoras que procuraram métodos junto dos hospitais (16 casos), do privado (5 casos) e outro/sem informação (9 casos).

5.8 UTILIZAÇÃO FUTURA DA CONTRACEPÇÃO

Perguntaram às mulheres que não utilizavam um método de contracepção no momento do inquérito, se elas tinham a intenção de utilizar um método no futuro. Na verdade o conhecimento do método futuro preferido contribuirá para elevar a procura potencial em matéria de métodos contraceptivos. O quadro 5.10 fornece a distribuição das mulheres casadas/em união de facto segundo a intenção de utilizar um método de planeamento familiar no futuro.

Aproximadamente uma mulher em cada duas (49%) prevê utilizar um método qualquer no futuro. Ao contrário, cerca de um terço das mulheres (31%) declarou não ter a intenção de utilizar algum método no futuro e 20% das mulheres esteve indecisas. Por outro lado, segundo o número de filhos, constatamos que entre as mulheres com um a três filhos, mais de uma mulher em cada duas declarou ter a intenção de utilizar no futuro um método de planeamento familiar. Entre as mulheres com quatro filhos ou mais, essa proporção é de 44%.

Quadro 5.10 Utilização futura

Distribuição percentagem das mulheres de 15-49 anos, actualmente casadas/em união que não estão usando métodos actualmente, segundo o número de filhos vivos, por intenção de uso no futuro, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

	Número de filhos vivos[1]					
Intenção	0	1	2	3	4+	Total
Tenciona usar	(36,7)	53,3	54,7	52,0	44,3	48,9
Não sabe se vai usar	(13,9)	22,3	21,9	22,5	17,0	19,8
Não tenciona usar	(49,4)	24,4	21,6	25,5	38,0	30,7
Sem informação	(0,0)	0,0	1,7	0,0	0,7	0,6
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Efectivo de mulheres	44	200	176	206	433	1 059

[1] Incluindo a gravidez actual.
( ) Casos de efectivos não ponderados entre 25 e 50.

Às mulheres não utilizadoras actuais de contracepção que não prevêem utilizar um método contraceptivo no futuro, perguntou-se quais as razões para isso. O conhecimento dessas razões permitiria conceber novas estratégias em matéria de informação, educação e comunicação para reduzir as suas resistências. Os dados do quadro 5.11 mostram que 36% das mulheres citaram em primeiro lugar razões ligadas à fertilidade, ou seja a fraca frequência ou a ausência de relações sexuais (11%), querer tantas crianças que possíve (10%), a sub-fertilidade ou a esterilidade (8%), e a menopausa ou o facto da mulher ter sido submetida a uma histerioctomia (7%). Para além disso, as razões ligadas aos métodos foram citadas por 28% das mulheres não utilizadoras da contracepção: em 19% dos casos, é o temor dos problemas de saúde, o temor dos efeitos secundários em 6% dos casos e a interferência com o funcionamento do corpo em 3% dos casos. A terceira principal razão está ligada à oposição à prática contraceptiva que foi avançada por 23% das mulheres: oposição da própria inquirida (17%), oposição do marido (6%) e proibição religiosa (somente 0,3%). A recusa em utilizar um método no futuro por razões outras que as citadas acima representa 10% das não utilizadoras.

Quadro 5.11 Razões para não usar métodos contraceptivos

Distribuição percentual das mulheres de 15-49 anos actualmente casadas/em união que não estão usando um método contraceptivo e que não têm intenção de usar um no futuro, por razão principal para não usar método contraceptivo, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

Razão	Distribuição (em %)
Razões relacionadas com a fecundidade	
Nao tem relaçoes sexuais	1,0
Relações sexuais pouco frequentes/não tem relações sexuais	10,9
Menopausa/ teve histerectomia	7,1
Estéril/sub-fecundidade	7,5
Quer tanta criança que possivel	9,6
Contra a utilização	
Inquirida é contra	16,9
Marido/parceiro contra	5,6
Proibição religiosa	0,3
Falta de conhecimento	
Não conhece nenhum método	0,2
Razões ligadas ao método	
Problemas de saúde	19,3
Medo de efeitos secundários	6,4
Utilização não prática	0,0
Interfere com o funcionamento do corpo	2,5
Outro	9,8
Não sabe	3,0
Total	89,4
Efectivo de mulheres	326

É necessário assinalar que as não utilizadoras da contracepção não evocaram a falta de conhecimento das fontes de obtenção dos métodos, as dificuldades de acesso ou a indisponibilidade desses métodos como razões para não utilização futura.

Para avaliar a procura potencial dos diferentes tipos de métodos contraceptivos, perguntou-se às mulheres casadas/em união que tinham intenção de utilizar a contracepção no futuro para especificar o método da sua preferência. Sobressai do quadro 5.12 que os métodos modernos são de longe, os mais frequentemente citados e são métodos mais para espaçar do que para limitar os nascimentos. A pílula vem na frente com 53% das mulheres; ela é seguida pelos injectáveis (29%), pelo preservativo masculino (7%) e pelo DIU (menos de 2%). Cada um dos outros métodos contraceptivos modernos foi citado por menos de 1% das inquiridas. No que concerne as preferências para a utilização futura de métodos tradicionais de planeamento familiar, elas se limitam à abstinência periódica com menos de 4% dos casos.

Quadro 5.12 Preferência de método para uso futuro

Distribuição percentual das mulheres de 15-49 anos casadas/em união que não estão usando actualmente nenhum método, mas que têm intenção de usar um no futuro, por tipo de método de preferência, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

Método	Distribuição (em %)
Esterilização feminina	0,9
Pílula	53,4
DIU	1,6
Injecção	29,3
Preservativo	7,0
Espermicidas	0,2
Método da Amamentação Materna e da Amenorreia	0,2
Abstinência periódica	3,5
Outro	1,9
Não sabe	2,1
Total	100,0
Efectivo de mulheres	518

5.9 FONTES DE INFORMAÇÃO SOBRE A CONTRACEPÇÃO

O acesso à informação constitui uma condição prévia importante para promover o planeamento familiar. Com efeito, é através dos diferentes meios de comunicação social que conseguimos sensibilizar a população ao planeamento familiar e à vulgarização dos diferentes métodos contraceptivos. Para apreender o nível de acesso das mulheres e dos homens à informação sobre o planeamento familiar e os canais pelos quais eles foram informados, perguntou-se-lhes se durante o mês que precedera o inquérito elas/eles tinham ouvido alguma mensagem sobre o planeamento familiar na rádio ou na televisão ou se elas/eles tinham lido uma mensagem relativa à esse assunto nos jornais ou nas revistas. O quadro 5.13 permite captar a contribuição dos meios de comunicação social em matéria de planeamento familiar.

Quadro 5.13 Contacto com mensagens sobre o planeamento familiar

Percentagem das mulheres e homens que nos últimos meses anteriores ao inquérito, escutaram, vieram ou leram alguma mensagem sobre o planeamento familiar na rádio, televisão ou revista/jornal, por características sociodemográficas, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

Características sociodemográficas	Mulheres					Homens				
	Rádio	Televisão	Jornais/ revistas	Nenhuma das três médias	Efectivo	Rádio	Televisão	Jornais/ revistas	Nenhuma das três médias	Efectivo
Grupo etário										
15-19	76,8	79,3	27,6	17,1	555	81,5	86,7	43,3	10,2	566
20-24	80,9	82,0	26,7	14,2	459	87,3	87,5	47,2	10,0	351
25-29	81,0	81,5	24,4	13,8	452	88,2	86,0	47,6	8,1	293
30-34	81,1	78,8	27,0	15,1	398	89,8	87,5	51,2	7,2	302
35-39	81,6	78,1	27,3	16,0	258	83,9	83,4	48,6	13,2	227
40-44	76,3	70,6	21,9	22,9	282	86,6	82,9	48,9	10,5	176
45-49	74,9	71,2	18,1	23,8	211	89,2	85,2	54,0	10,4	164
Meio de residência										
Urbano	82,0	83,8	18,5	12,6	1 433	85,8	88,8	40,7	8,4	1 010
Rural	75,7	71,7	33,8	21,8	1 182	86,1	83,4	54,2	11,2	1 068
Região										
Região Centro	82,6	83,8	27,3	13,4	1 670	87,6	89,1	49,7	8,5	1 190
Região Sul	78,7	67,8	17,7	19,2	324	89,0	85,4	56,1	7,3	284
Região Norte	65,1	64,1	16,5	28,8	502	78,5	77,5	36,2	15,5	498
Região do Príncipe	92,1	91,2	57,4	6,4	119	93,6	93,2	54,7	5,0	107
Nível de instrução										
Nenhum	63,9	53,7	6,9	33,0	155	(39,7)	(41,8)	(12,8)	(58,2)	25
Primário	75,4	72,9	21,6	21,0	1 516	84,0	82,2	40,7	12,5	1 148
Secundário ou mais	87,8	91,2	34,4	7,4	944	89,6	92,2	57,3	5,1	905
Quintil de bem-estar económico										
O mais pobre	56,1	51,0	15,2	39,9	462	76,8	72,0	39,0	19,1	390
Segundo	72,8	65,1	19,7	23,3	516	82,4	77,5	41,4	15,0	408
Médio	84,4	84,2	25,1	12,0	475	91,2	92,4	45,6	5,9	417
Quarto	88,1	90,8	27,4	8,0	557	89,4	94,3	52,4	4,5	413
O mais rico	89,9	94,6	36,4	5,4	605	88,9	92,6	58,1	5,7	451
Total 15-49	79,2	78,4	25,4	16,8	2 615	85,9	86,1	47,6	9,8	2 078
Homens 50-59	na	na	na	na	na	89,2	83,7	57,4	8,5	218
Total dos homens 15-59	na	na	na	na	Na	86,2	85,8	48,5	9,7	2 296

na = Não se aplica.
( ) Casos de efectivos não ponderados entre 25 e 50.

Os resultados apresentados nesse quadro mostram que durante o mês que precedeu o inquérito, cerca de 17% das mulheres e menos de 10% dos homens não ouviram nenhuma mensagem sobre o planeamento familiar, nem na rádio nem na televisão, nem viram ou leram qualquer mensagem nos jornais e nas revistas. Segundo esse quadro, constata-se que aproximadamente oito mulheres em cada 10 ouviram uma mensagem na rádio (79%) ou na televisão (78%). Apesar da proporção de mulheres analfabetas não ultrapassar os 6%, a proporção de mulheres informadas pelos jornais ou revistas é fraca (17%). A proporção de mulheres que ouviram uma mensagem na rádio aumenta gradualmente com a idade, passando dum mínimo de 77% aos 15-19 anos a um máximo de 82% aos 35-39 anos, para se situar a 76% e 75% respectivamente aos 40-44 anos e 45-49 anos. Esta proporção é ligeiramente mais importante no meio urbano do que no meio rural (82% contra 76%). É na região do Príncipe (92%) que as mulheres receberam mais frequentemente mensagens sobre o planeamento familiar escutando a rádio. Na região do Centro, a percentagem é também elevada (83%); ela é relativamente fraca no Sul (79%) e bastante fraca no Norte (65%).

Por fim, a percentagem de mulheres que receberam mensagens sobre o planeamento familiar ouvindo a rádio ou a televisão está positivamente associada ao nível de instrução e ao estado de bem-estar económico do agregado. Segundo o nível de instrução, a informação pela rádio varia de 64% nas mulheres sem instrução a 75% nas com o nível primário e a 88% nas com o nível secundário ou mais. No que diz respeito ao quintil de bem-estar, a informação pela rádio passa de 56% nas mulheres do quintil mais pobre a 90% na do quintil mais rico.

Como para a rádio, a percentagem de mulheres informadas através da televisão é mais elevada em meio urbano (84%), na região do Príncipe (91%), entre as mulheres do secundário ou mais (91%) e entre as do quintil mais rico (95%). A informação pelos jornais e revistas está positivamente associada ao nível de instrução, ao bem-estar económico, à região do Príncipe e, curiosamente, ao meio rural.

Quaisquer que sejam a fonte de informação e as características sócio demográficas das inquiridas, constatou-se que os homens estão ligeiramente mais informados do que as mulheres. Os resultados mostram que eles estão frequentemente expostos à rádio (86%) e à televisão (86%). No entanto o efeito dos jornais e das revistas é moderado (48%).

Para resumir, os casais de São Tomé e Príncipe estão frequentemente expostos aos meios de comunicação social sobre o planeamento familiar.

Durante o inquérito recolhemos informações para saber se as mulheres não utilizadoras de métodos contraceptivos tinham tido recentemente contactos com um agente de terreno ou com um agente de saúde num estabelecimento sanitário. Mais precisamente, perguntámos a essas mulheres se no decurso dos 12 meses que precederam o inquérito elas tinham recebido em casa a visita dum agente de saúde que lhes tivesse falado sobre o planeamento familiar. Perguntámos-lhes também se no decurso dos 12 últimos meses elas tinham-se dirigido a um estabelecimento sanitário e se durante a visita elas tinham falado ou não de planeamento familiar. Os resultados são apresentados no quadro 5.14.

Quadro 5.14 Contacto das mulheres não usuárias de métodos contraceptivos com agentes do planeamento familiar

Entre as mulheres de 15-49 anos não usuárias de método contraceptivo, percentagem visitada por um agente de saúde para lhe falar sobre o PF e métodos contraceptivos durante os últimos 12 meses precedentes ao inquérito, e percentagem das mulheres que estiveram num estabelecimento de saúde segundo que foram informadas sobre os métodos contraceptivos ou não foram informadas, e percentagem que não foram informadas sobre o PF nem por um agente de saúde nem por um estabelecimento de saúde, por algumas características sociodemográficas, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

Características sociodemográficas	Percentagem de mulheres que tiveram a visita de um agente de saúde e que lhes falou de planeamento familiar	Percentagem de mulheres que foram num centro de saúde nos últimos12 meses e que: Falaram de planeamento familiar	Percentagem de mulheres que foram num centro de saúde nos últimos12 meses e que: Não falaram de planeamento familiar	Percentagem de mulheres que não falaram de PF com um agente de saúde, nem foram num centro de saúde	Efectivo de mulheres
Grupo etário					
15-19	7,4	10,5	6,5	83,6	482
20-24	8,9	30,3	19,6	64,3	303
25-29	12,7	34,1	18,4	61,5	275
30-34	16,3	32,0	14,2	61,9	242
35-39	19,8	30,1	19,0	60,3	148
40-44	17,9	29,6	14,9	61,6	188
45-49	8,3	10,3	8,2	83,9	174
Meio de residência					
Urbano	9,0	22,7	11,4	72,0	1 041
Rural	15,7	25,4	16,5	67,2	770
Região					
Região Centro	11,1	26,3	11,8	67,9	1 168
Região Sul	15,2	16,8	14,1	75,3	233
Região Norte	9,9	21,1	20,3	73,9	339
Região do Príncipe	22,5	19,1	8,7	67,9	71
Nível de instrução					
Nenhum	7,0	16,8	11,9	79,0	129
Primário	14,1	26,2	14,1	66,7	1 002
Secundário ou mais	9,5	21,6	13,1	73,0	681
Quintil de bem-estar económico					
O mais pobre	15,0	24,8	11,3	68,6	335
Segundo	12,1	21,0	15,7	73,0	363
Médio	12,1	28,1	13,5	66,3	334
Quarto	12,2	25,8	14,1	66,8	374
O mais rico	8,4	20,2	13,2	74,3	406
Total	11,8	23,8	13,6	70,0	1 811

No conjunto, 70% das mulheres não utilizadoras da contracepção não discutiram sobre os métodos de contracepção com um agente de planeamento familiar, quer se trate de um agente de terreno ou de um profissional de saúde num estabelecimento sanitário, no decurso dos 12 últimos meses que precederam o inquérito. Essa percentagem é mais elevada nas jovens adolescentes de 15-19 anos e nas mulheres com mais idade de 45-49 anos (84%), nas mulheres do meio urbano (72%), da região do Sul (75%), nas mulheres sem instrução (79%) e nas do quintil mais rico (75%).

Entre as mulheres que visitaram um centro de saúde, 24% discutiram sobre o planeamento familiar com o agente de saúde. Ao contrário, 14% das mulheres não discutiram sobre o planeamento familiar com um agente de saúde durante a sua visita a um estabelecimento sanitário.

Por outro lado, constatamos que 12% receberam visita a domicílio de um agente de terreno e discutiram sobre o planeamento familiar. Segundo as características sócio-demográficas, parece que as mulheres no meio rural e as mulheres com o nível primário de instrução discutiram mais frequentemente do que as outras sobre o planeamento familiar, seja com um agente de terreno seja num estabelecimento sanitário.

5.10 DISCUSSÃO DO PLANO DE PLANEAMENTO FAMILIAR COM O CÔNJUGUE

A prática da contracepção pelas mulheres é não somente determinada pelas suas atitudes perante o planeamento familiar, mas também pelas do marido/companheiro, mesmo se todas as condições são favoráveis a uma tal prática. A discussão do planeamento familiar no seio do casal contribui para a tomada de decisão conjunta pelo homem e pela mulher quanto à utilização de contracepção.

O IDS STP permite captar a proporção de mulheres casadas/em união no momento do inquérito segundo que sabem ou não que o marido ou companheiro está ao corrente do facto que elas utilizam ou não um método de planeamento familiar. Os resultados do quadro 5.15 mostram que a maioria das mulheres casadas/em união de facto (81%) sabem que o marido ou companheiro sabe que elas utilizam um método contraceptivo. Os níveis mais elevados são observados nas mulheres mais instruídas, nas mulheres do meio urbano, da região do Príncipe e nas que pertencem aos dois quintis mais ricos. No entanto, há cerca de 10% das mulheres que responderam que o marido/companheiro não está ao corrente do facto que elas utilizam a contracepção e quase 10% das mulheres que declararam que elas não sabem se o marido/companheiro está ao corrente do facto que elas utilizam um método contraceptivo.

Quadro 5.15 Conhecimento do marido/parceiro da utilização de método contraceptivo pela mulher

Entre as mulheres de 15-49 anos actualmente casadas/em união que utilizam um método contraceptivo, distribuição percentual segundo que sabem ou não que o seu marido/parceiro está informado que utilizam um método contraceptivo por algumas características sociodemográficas, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

Características sociodemográficas	Marido/companheiro sabe	Marido/companheiro não sabe	Ignora se o marido/parceiro sabe/Sem informação	Total	Efectivo de mulheres
Grupo etário					
15-19	(74,5)	(9,9)	(15,6)	100,0	25
20-24	80,9	10,2	8,9	100,0	111
25-29	79,3	9,4	11,3	100,0	150
30-34	83,2	8,0	8,9	100,0	146
35-39	79,0	9,6	11,4	100,0	104
40-44	85,8	9,6	4,5	100,0	91
45-49	(70,2)	(20,1)	(9,8)	100,0	33
Meio de residência					
Urbano	83,5	8,9	7,7	100,0	303
Rural	78,2	10,7	11,1	100,0	356
Região					
Região Centro	79,7	8,0	12,3	100,0	402
Região Sul	82,8	13,5	3,7	100,0	75
Região Norte	80,1	12,8	7,1	100,0	143
Região do Príncipe	88,0	10,6	1,4	100,0	39
Nível de instrução					
Nenhum	(67,6)	(14,5)	(17,9)	100,0	23
Primário	79,1	11,6	9,3	100,0	462
Secundário ou mais	86,3	4,6	9,1	100,0	175
Quintil de bem-estar económico					
O mais pobre	73,1	12,2	14,7	100,0	106
Segundo	74,2	14,6	11,1	100,0	131
Médio	82,3	12,0	5,7	100,0	116
Quarto	85,0	8,6	6,3	100,0	149
O mais rico	85,6	3,7	10,6	100,0	158
Total	80,6	9,8	9,5	100,0	660

[1] Inclui mulheres que declararam utilizar a esterilização masculina, o preservativo masculino ou o coito interrompido.
( ) Casos de efectivos não ponderados entre 25 e 50.

NUPCIALIDADE E EXPOSIÇÃO AO RISCO DE GRAVIDEZ 6

Alguns factores biológicos ou comportamentais designados variáveis intermediárias ou determinantes próximos da fecundidade têm o efeito de aumentar a fecundidade, como podem também reduzi-la. Esses factores são analisados em muitos estudos demográficos para avaliar os mecanismos do comportamento reprodutivo através do qual o declínio da fecundidade ocorreu. Este capítulo incide nestes factores que, além da contracepção, desempenham um papel decisivo na exposição aos riscos de gravidez e, consequentemente, no nível da fecundidade. Trata-se do casamento, da actividade sexual, da amenorreia, da abstinência e da não-susceptibilidade pós-parto.

6.1 ESTADO CIVIL

Nas sociedades onde o casamento ou a união é geralmente precoce e universal, é primeiramente através do casamento que começam as alterações demográficas. Normalmente, o aumento da idade do primeiro casamento para as mulheres reduz o tempo total vivido em união e, portanto, reduz-se o período durante o qual a mulher está exposta ao risco de gravidez. Deste modo, o mecanismo de ajustamento demográfico fez-se através do aumento significativo da idade ao casamento das mulheres, resultante da modificação da estrutura do casamento. Esta variação estrutural dos casamentos é também outro factor que explica a redução da fecundidade.

Em São Tomé e Príncipe, o casamento ou a união é o figurino privilegiado para a actividade sexual e a procriação. O carácter quase universal do casamento ou da união, faz do celibato definitivo um fenómeno marginal. A união é, portanto, um dos factos mais importantes, é o evento que marca o início da exposição ao risco de gravidez. No quadro do IDS SPT 2008-2009, o termo união aplica-se ao conjunto das mulheres e dos homens que se declararam casados ou em coabitação com um(a) parceiro(a). Esta categoria é composta por todos os tipos de casamento e de união de facto. As mulheres e os homens que não estão em união, não são viúvo(a)s, nem separado(a)s ou divorciado(a)s, constituem o grupo de solteiros.

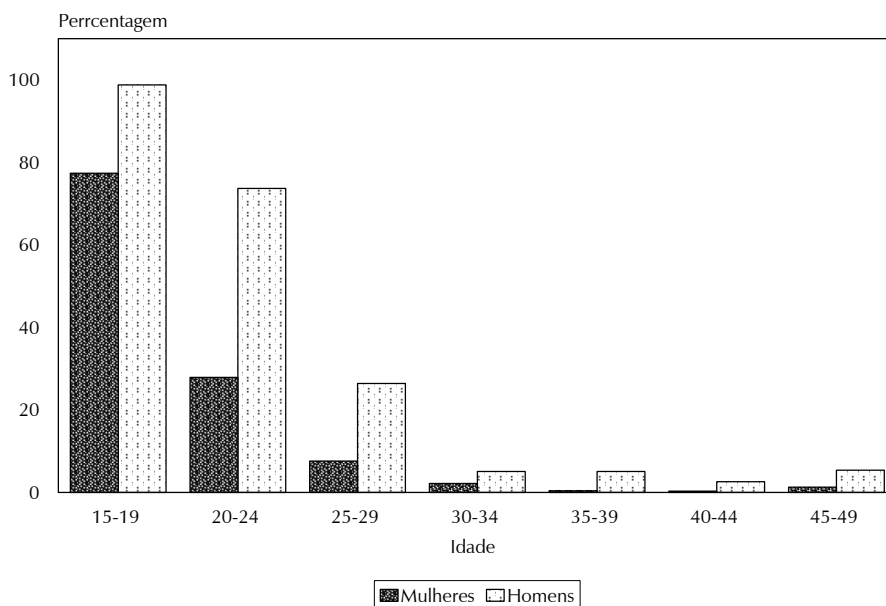
O quadro 6.1 apresenta a distribuição de homens e mulheres por estado civil no momento do inquérito. Constata-se que 66% das mulheres de 15-49 anos e 46% dos homens de 15-49 anos viviam em união no momento do inquérito. Em São Tomé e Príncipe, as mulheres e os homens que vivem maritalmente com um(a) parceiro(a) sem serem casados (uniões consensuais) representam a quase totalidade das uniões, e apenas 4% das mulheres e 3% dos homens são casados. O celibato abrangia 23% das mulheres e 41% dos homens. Quase 11% das mulheres e 9% dos homens estavam separados. Uma percentagem muito reduzida de mulheres (0,3%) e de homens (0,2%) era viúva, enquanto a proporção de divorciados era praticamente igual a zero em ambos os sexos.

Os resultados apresentados no quadro 6.1 mostram também que as proporções de mulheres solteiras diminuem rapidamente com a idade, passando de 77% nos 15-19 anos, para 28% nos 20-24 anos, 8% nos 25-29 anos, e finalmente 2% nos 30-34 anos. Após os 35 anos, o celibato (solteiras definitivas) é praticamente inexistente. Por outro lado, a percentagem de mulheres vivendo em união aumenta com a idade, registando-se os valores de uma em cada cinco mulheres nos 15-19 anos e mais de seis em cada dez mulheres (62%) nos 20-24 anos e finalmente cerca de oito mulheres em cada dez entre os 25 e 44 anos e mais de sete em cada dez mulheres (74%) nos 45-49.

Quadro 6.1 Estado civil actual

Distribuição percentual de mulheres e de homens, segundo o estado civil actual, por grupo etário, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

Grupo etário	Estado civil						Total	Percentagem de entrevistado(a)s actualmente casada/em união	Efectivo de entrevistados
	Solteiro(a)	Casado(a)	Em união de facto	Divorcia-do(a)	Separa-do(a)	Viúvo(a)			
MULHERES									
15-19	77,4	0,1	19,7	0,0	2,8	0,0	100,0	19,9	555
20-24	27,9	1,9	60,1	0,0	10,0	0,1	100,0	62,0	459
25-29	7,6	4,8	77,4	0,1	10,1	0,0	100,0	82,1	452
30-34	2,2	5,5	77,5	0,7	13,2	0,9	100,0	83,1	398
35-39	0,4	4,9	81,8	0,1	12,1	0,7	100,0	86,7	258
40-44	0,3	6,3	79,5	0,0	13,3	0,6	100,0	85,8	282
45-49	1,3	5,6	68,3	0,0	24,2	0,5	100,0	73,9	211
Total 15-49	23,1	3,6	62,1	0,1	10,7	0,3	100,0	65,7	2 615
HOMENS									
15-19	98,8	0,0	0,7	0,0	0,5	0,0	100,0	0,7	566
20-24	73,7	0,7	23,3	0,0	2,3	0,0	100,0	23,9	351
25-29	26,4	1,5	61,9	0,0	10,0	0,1	100,0	63,5	293
30-34	5,1	3,9	73,6	0,0	16,9	0,5	100,0	77,5	302
35-39	5,1	9,1	72,6	0,0	13,3	0,0	100,0	81,6	227
40-44	2,6	10,7	70,2	0,0	16,1	0,5	100,0	80,9	176
45-49	5,4	4,6	70,7	0,0	18,3	1,0	100,0	75,3	164
Total 15-49	45,0	3,2	43,0	0,0	8,7	0,2	100,0	46,1	2 078
Homens 50-59	2,6	10,0	73,4	0,7	11,3	2,0	100,0	83,5	218
Total dos homens 15-59	41,0	3,8	45,9	0,1	8,9	0,4	100,0	49,7	2 296

Gráfico 6.1 Proporção de mulheres e homens solteiros por idade

Como acontece com as mulheres, a percentagem de homens solteiros diminui rapidamente com a idade. Nos jovens de 15-19 anos, 99% é solteiro e 26% ainda encontra-se neste estatuto nos 25-29, contra 8% entre as mulheres da mesma faixa etária. Contudo, se o celibato definitivo é raro entre as mulheres, a proporção deste fenómeno é de 3% entre os homens de idade 50-59 anos. Em contrapartida, a proporção de homens em união aumenta rapidamente com a idade, insignificante nos 15-19 anos (1%), mas passando de 24% nos 20-24 anos, para 64% nos 25-29 anos e situando-se em mais de 75% nos outros grupos. Além disso, a proporção de homens em ruptura de união por causa da separação é pequena em idades jovens (menores de 25 anos), sendo maior a partir de 25 anos, em que se regista um valor mínimo de 10% no grupo etário 25-29 anos e um valor máximo de 18% no grupo 45-49.

6.2 POLIGAMIA

Entre as mulheres casadas ou vivendo em união de facto, distinguimos aquelas que viviam em união monogâmica daquelas que viviam em união poligâmica; estas últimas são aquelas cujos maridos ou parceiros têm várias esposas. O quadro 6.2.1 mostra a distribuição das mulheres vivendo em união, de acordo com o número de co-esposas e de algumas características sócio-demográficas. Em São Tomé e Príncipe, apesar do predomínio das uniões monogâmicas (66%), a poligamia é uma prática relativamente comum, uma vez que abrange um quarto das mulheres vivendo em união. Mais de um quinto das mulheres vivendo em união têm apenas uma co-esposa (21%) e 4% têm duas ou mais. Além disso, constata-se que a proporção de mulheres com pelo menos uma co-esposa aumenta geralmente com a idade, passando de 15% entre as mulheres de 15-19 anos, para 35% na faixa 40-44 anos, e 27% na 45-49.

Quadro 6.2.1 Número de co-esposas

Distribuição percentual das mulheres de 15-49 anos actualmente casadas/em união segundo o número de co-esposas, por algumas características sociodemográficas, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

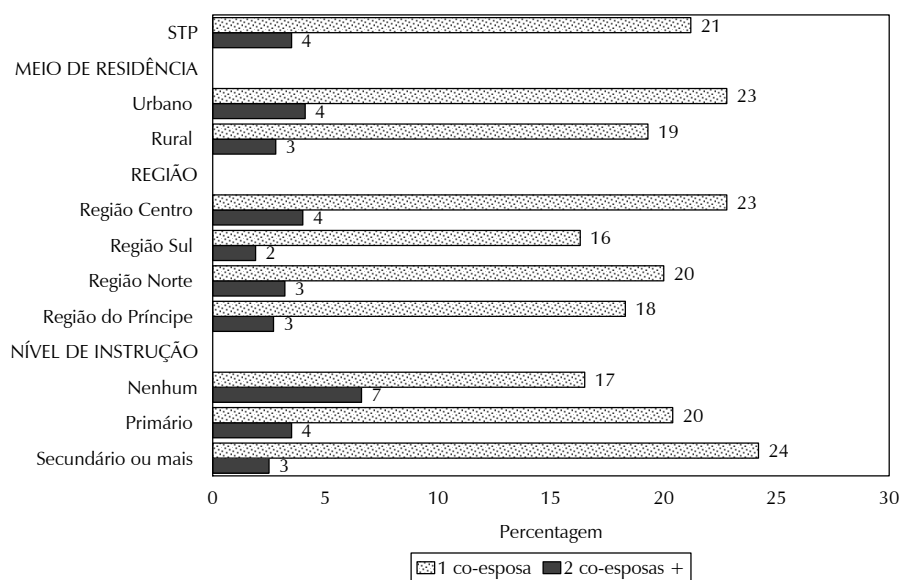
Características sociodemográficas	Número de co-esposas				Total	Efectivo de mulheres
	0	1	2+	Sem informação		
Grupo etário						
15-19	81,5	15,2	0,0	3,3	100,0	110
20-24	76,8	14,0	1,5	7,7	100,0	285
25-29	72,8	18,3	1,8	7,1	100,0	371
30-34	64,4	22,0	3,9	9,7	100,0	330
35-39	61,2	24,4	5,3	9,1	100,0	224
40-44	53,3	29,2	6,0	11,5	100,0	242
45-49	53,8	26,5	6,2	13,5	100,0	156
Meio de residência						
Urbano	63,3	22.8	4.1	9,8	100,0	911
Rural	70,0	19.3	2.8	7,9	100,0	807
Região						
Região Centro	64,6	22.8	4.0	8,6	100,0	1 063
Região Sul	76,2	16.3	1.9	5,6	100,0	224
Região Norte	64,0	20.0	3.2	12,8	100,0	354
Região do Príncipe	73,6	18.3	2.7	5,4	100,0	77
Nível de instrução						
Nenhum	72,4	16.5	6.6	4,5	100,0	123
Primário	67,7	20.4	3.5	8,4	100,0	1 135
Secundário ou mais	61,8	24.2	2.5	11,5	100,0	460
Quintil de bem-estar económico						
O mais pobre	66,6	20,2	4,5	8,7	100,0	298
Segundo	71,9	13,3	5,0	9,7	100,0	366
Médio	69,1	23,8	1,3	5,8	100,0	338
Quarto	67,9	21,5	2,3	8,3	100,0	357
O mais rico	56,7	27,2	4,3	11,8	100,0	359
Total	66,4	21,2	3,5	8,9	100,0	1 718

Os resultados põem em evidência diferenças significativas na frequência da poligamia. Com efeito, nota-se que a proporção de mulheres em união poligâmica é maior nas zonas urbanas (27%) do que nas rural (22%). Da mesma forma, a frequência desta prática varia muito de uma região para outra: é no Centro e no Norte que a poligamia se pratica com mais frequência (respectivamente 27% e 23%); em contrapartida, é no Príncipe (21%) e no Sul (18%) que as proporções de mulheres em união poligâmica são mais baixas (gráfico 6.2). Contudo, a proporção de mulheres casadas/em união, com pelo menos uma co-esposa aumenta com o nível de instrução: 23% para as mulheres sem instrução, 24% para aquelas que têm o nível do ensino primário e 27% para aquelas com o nível secundário ou mais. O nível de poligamia, de acordo com o índice mais elevado de bem-estar económico da família foi registado entre as mulheres pertencentes ao quintil mais rico (32%).

Gráfico 6.2 Proporção de mulheres em união poligâmica por características sociodemográficas

STP
MEIO DE RESIDÊNCIA
Urbano
Rural
REGIÃO
Região Centro
Região Sul
Região Norte
Região do Príncipe
NÍVEL DE INSTRUÇÃO
Nenhum
Primário
Secundário ou mais

	1 co-esposa	2 co-esposas +
STP	21	4
Urbano	23	4
Rural	19	3
Região Centro	23	4
Região Sul	16	2
Região Norte	20	3
Região do Príncipe	18	3
Nenhum	17	7
Primário	20	4
Secundário ou mais	24	3

0 5 10 15 20 25 30
Percentagem

IDS-STP 2008-2009

O Quadro 6.2.2 apresenta também os resultados da poligamia para os homens. A taxa de poligamia ou a proporção de homens em união poligâmica, no conjunto dos homens casados e entre aqueles vivendo em união é de 10% entre os homens de 15-49 anos (12% para faixa de 15-59). Esta taxa é insignificante antes de 25 anos, mas aumenta rapidamente após essa idade, para atingir 11% no grupo 30-34 anos, 22% no 45-49 anos e 23% no 50-59. Os resultados por meio de residência mostram uma clara diferença entre o meio urbano (14%) e o meio rural (6%). Da mesma forma, podemos ver que é na região central que a poligamia entre os homens é mais comum (12%); pelo contrário, é no Sul que se regista a proporção mais baixa (4 %).

Além disso, à semelhança das mulheres, o nível de escolaridade afecta a frequência dessa prática entre os homens, sendo a mesma mais comum entre os homens instruídos: de 8% entre aqueles com nível primário e 14% entre os do ensino secundário ou mais. De acordo com o padrão de vida da família, verifica-se que a proporção de homens que vivem em união poligâmica aumenta à medida que aumenta o índice de bem-estar económico: de um mínimo de 4% entre as famílias mais pobres, até um máximo de 19% entre os mais ricos.

Quadro 6.2.2 Número de esposas

Distribuição percentual dos homens actualmente casados/em união de 15-49 anos segundo o número de esposas, por algumas características sociodemográficas, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

Características sociodemográficas	Número de esposas		Total	Efectivo de homens
	1	2+		
Grupo etário				
15-19	*	*	100,0	4
20-24	100,0	0,0	100,0	84
25-29	97,1	2,9	100,0	186
30-34	88,9	11,1	100,0	234
35-39	91,8	8,2	100,0	185
40-44	86,0	14,0	100,0	142
45-49	78,0	22,0	100,0	123
Meio de residência				
Urbano	86,0	14,0	100,0	464
Rural	94,2	5,8	100,0	494
Região				
Região Centro	88,4	11,6	100,0	519
Região Sul	95,9	4,1	100,0	141
Região Norte	90,3	9,7	100,0	242
Região do Príncipe	92,4	7,6	100,0	56
Nível de instrução				
Nenhum	*	*	100,0	8
Primário	92,5	7,5	100,0	592
Secundário ou mais	86,3	13,7	100,0	358
Quintil de bem-estar económico				
O mais pobre	95,9	4,1	100,0	166
Segundo	94,9	5,1	100,0	212
Médio	89,6	10,4	100,0	196
Quarto	89,7	10,3	100,0	193
O mais rico	81,4	18,6	100,0	191
Total 15-49	90,2	9,8	100,0	958
Homens 50-59	77,0	23,0	100,0	182
Total dos homens 15-59	88,1	11,9	100,0	1 140

* Caso de efectivos não ponderados inferiores a 25.

6.3 IDADE NA PRIMEIRA UNIÃO

É importante estudar o calendário da primeira nupcialidade, em virtude da estreita relação entre a idade da primeira união e o início da vida reprodutiva. O Quadro 6.3 apresenta as percentagens de mulheres e de homens não solteiros que já vivem em união em diferentes idades exactas, assim como as idades medianas da primeira união, de acordo com a idade actual.

Em São Tomé e Príncipe, a idade para se iniciar a vida em união, para as mulheres, é precoce: com efeito, 6% das mulheres de 20-49 no momento do inquérito já viviam em união antes de atingirem a idade de 15 anos. Cerca de quatro em cada 10 mulheres (37%) já viviam em união antes de atingirem a idade de 18 anos e quase nove em cada dez mulheres (89%), antes dos 25 anos. A idade mediana para a primeira união registou um aumento insignificante, visto que foi de 18,8 anos para as mulheres na faixa etária de 25-49 e 18,9 anos entre as de 20-49 anos de idade. No entanto, verifica-se um recuo na idade de entrada em união, das gerações mais velhas para as mais recentes. A idade mediana para a primeira união passou de 18,7 anos na geração de 45-49 anos para 19,2 anos entre os 20-24 anos de idade. Além disso, a

proporção de mulheres que entram em união antes dos 18 anos diminui quando se passa das mais velhas às mais novas: é de 44% para as mulheres actualmente com idades entre 45-49 anos e de 34% para as de 20 – 24 anos.

Os homens entram em primeira união numa idade mais avançada do que as mulheres: a sua idade mediana é de 23,4 anos, ou seja 4,6 anos mais que as mulheres. Entre eles, apenas 6% vivia em união antes dos 18 anos e 20% antes de completar os 20 anos. De acordo com as faixas etárias, não houve mudanças significativas na idade mediana de entrada em união.

Quadro 6.3 Idade na primeira união

Percentagem de mulheres e homens de 15-49 anos que se uniram pela primeira vez até às idades exactas e idade mediana na primeira união, por idade actual, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

Idade actual	Percentagem que se uniu pela primeira vez antes de atingir as idades específicas:					Percentagem de solteiro(a)s	Efectivo	Idade mediana na primeira união
	15	18	20	22	25			
MULHERES								
15-19	2,8	na	na	na	na	77,4	555	a
20-24	5,0	34,4	58,8	na	na	27,9	459	19,2
25-29	5,1	35,0	65,7	78,6	88,8	7,6	452	18,8
30-34	6,7	37,3	66,4	80,4	89,1	2,2	398	18,8
35-39	3,9	34,5	65,2	81,3	91,9	0,4	258	18,9
40-44	6,4	39,5	69,8	80,3	90,1	0,3	282	18,6
45-49	8,4	43,9	64,3	78,7	84,9	1,3	211	18,7
20-49	5,7	36,8	64,7	a	a	8,6	2 060	18,9
HOMENS								
25-49	6,0	37,5	66,3	79,8	89,1	3,0	1 601	18,8
15-19	0,0	na	na	na	na	98,8	566	a
20-24	0,0	1,4	7,0	na	na	73,7	351	a
25-29	0,0	6,0	17,2	30,7	60,5	26,4	293	23,8
30-34	0,0	6,2	19,9	41,1	68,7	5,1	302	22,8
35-39	0,0	7,2	23,4	36,6	58,9	5,1	227	23,1
40-44	0,0	4,8	17,8	36,4	54,2	2,6	176	24,2
45-49	0,0	6,2	19,0	34,0	60,0	5,4	164	23,7
20-59	0,0	5,4	17,0	a	a	22,1	1 730	a
25-59	0,0	6,4	19,6	36,0	61,5	9,0	1 379	23,4

Nota: A idade na primeira união define-se como a idade em que a entrevistada(o) iniciou a vida com o primeiro marido/esposa/companheiro(a).
na = Não se aplica .
a = Não calculado porque menos de 50 por cento das entrevistadas e dos entrevistados se uniram pela primeira vez antes de ter a idade de início do grupo etário.

O Quadro 6.4.1 e o Gráfico 6.3. apresentam as idades medianas da primeira união, para as mulheres entre 20-49 anos e 25-49 anos, de acordo com determinadas características socio-demográficas. Constata-se que o meio e a região de residência não são factores importantes que determinam a idade da primeira união. As mulheres urbanas casam-se um pouco mais tarde do que as do meio rural (19 anos contra 18,6 anos, para as mulheres 25-49 anos). As diferenças inter-regionais são pequenas: observa-se que a idade mediana na região central é de 19 anos, e que no Norte é de 18,7 anos, e que no Sul é de 18,3 anos e no Príncipe é de 18,1. Ainda, a idade de inicio da vida em união é positivamente correlacionada com o nível de instrução: a idade mediana passou de 18,2 anos entre as mulheres sem instrução, para 18,4 anos entre as que têm o nível primário e 20,5 anos entre aquelas que do nível secundário ou mais. Finalmente, a idade mediana para a primeira união aumenta com o nível de bem-estar económico para todas as mulheres (25-49 anos), e o aumento está associado positivamente ao nível de bem-estar económico do agregado, atingindo o seu máximo nas mulheres pertencentes às famílias mais ricas.

Quadro 6.4.1 Idade mediana na primeira união: Mulheres

Idade mediana na primeira união entre mulheres de 20(25)-49 anos, segundo a idade actual, por algumas características sociodemográficas, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

Características sociodemográficas	Idade						Mulheres de idade 20-49	Mulheres de idade 25-49
	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49		
Meio de residência								
Urbano	a	18,9	19,3	19,4	18,6	18,7	19,2	19.0
Rural	18,4	18,7	18,3	18,5	18,7	18,6	18,5	18.6
Região								
Região Centro	19,7	18,9	18,9	19,3	18,9	19,2	19,1	19.0
Região Sul	18,5	18,5	18,9	18,2	17,8	17,9	18,3	18.3
Região Norte	18,2	18,9	18,8	18,4	18,6	17,5	18,6	18.7
Região do Príncipe	18,4	17,7	18,1	18,4	18,2	18,5	18,2	18.1
Nível de instrução								
Nenhum	18,1	18,3	18,5	18,0	18,0	17,9	18,2	18.2
Primário	17,9	18,4	18,3	18,6	18,3	18,7	18,3	18.4
Secundário ou mais	a	20,8	20,7	20,4	20,1	19,5	a	20.5
Quintil de bem-estar económico								
O mais pobre	18,5	18,3	18,6	18,1	18,4	17,9	18,3	18.3
Segundo	18,3	18,5	18,4	17,9	18,5	19,5	18,4	18.5
Médio	18,5	18,7	17,7	19,1	17,5	18,0	18,3	18.3
Quarto	19,2	19,3	18,9	18,8	19,2	18,0	19,0	18.9
O mais rico	a	20,6	20,7	21,0	19,4	19,5	a	20.0
Total	19,2	18,8	18,8	18,9	18,6	18,7	18,9	18.8

Nota: A idade na primeira união define-se como a idade em que a entrevistada(o) iniciou a vida com o primeiro marido/esposa/companheiro(a).
na = Não se aplica .
a = Não calculado porque menos de 50 por cento das entrevistadas se uniram pela primeira vez antes de ter a idade de início do grupo etário.

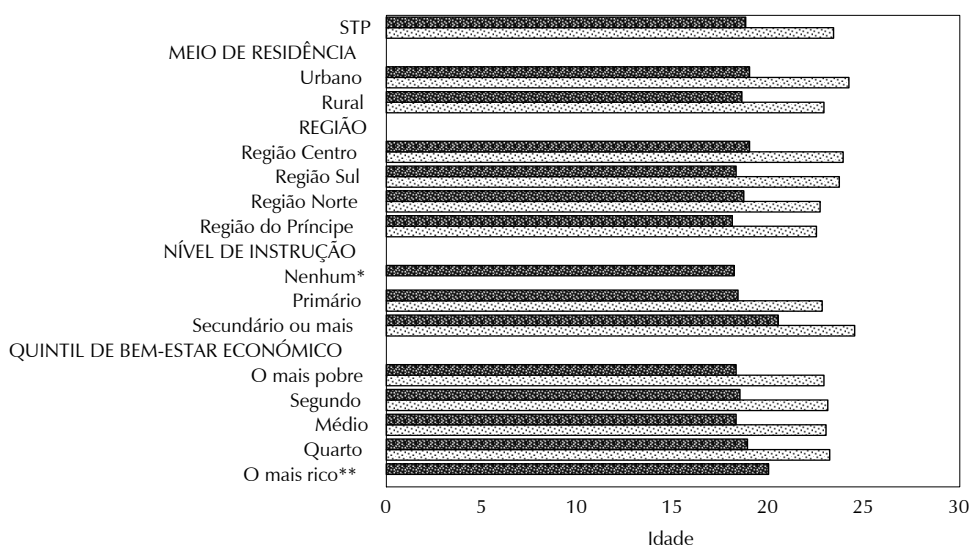
Tal como acontece com as mulheres, a idade de entrada em união entre homens varia de acordo com as características sociodemográficas. Nas áreas urbanas, a idade mediana é de 24,2 anos, enquanto que é de 22,9 anos nas áreas rurais. Ao nível regional, constata-se que os homens do Centro (23,9 anos) e os do Sul (23,7 anos) entram em união pela primeira vez, um pouco mais tarde do que os homens do Norte (22,7 anos) e os do Príncipe (22,5 anos). Finalmente, os homens mais instruídos e os dos agregados mais ricos entram mais tarde em união do que os menos instruídos e das famílias mais carenciadas, respectivamente.

Quadro 6.4.2 Idade mediana na primeira união: Homens

Idade mediana na primeira união entre homens de 20-59 anos e 25-59 anos, segunda a idade actual, e por algumas características sociodemográficas, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

Características sociodemográficas	Idade						Homens de 25-59
	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-59	
Meio de residência							
Urbano	24,2	23,4	24,8	24,0	25,4	23,8	24.2
Rural	23,4	22,4	22,7	24,6	22,6	22,4	22.9
Região							
Região Centro	24,5	22,9	24,1	24,2	24,8	23,5	23.9
Região Sul	23,4	23,2	23,5	24,7	24,4	24,2	23.7
Região Norte	22,5	22,4	22,4	24,1	22,3	23,2	22.7
Região do Príncipe	23,6	22,4	22,5	23,1	21,0	21,5	22.5
Nível de instrução							
Nenhum	*	*	*	*	*	*	*
Primário	22,9	22,5	22,8	23,9	23,2	22,9	22.8
Secundário ou mais	a	23,6	24,4	25,1	24,6	23,5	24.5
Quintil de bem-estar económico							
O mais pobre	23,1	22,7	21,2	22,8	24,7	22,9	22.9
Segundo	23,2	22,9	23,8	24,8	23,1	21,8	23.1
Médio	23,4	22,6	22,8	24,2	24,8	21,8	23.0
Quarto	24,7	21,4	22,9	22,8	21,9	24,9	23.2
O mais rico	a	25,6	26,5	25,3	24,5	24,3	a
Total	23,8	22,8	23,1	24,2	23,7	23,3	23.4

Nota: A idade na primeira união define-se como a idade em que a entrevistada(o) iniciou a vida com o primeiro marido/esposa/companheiro(a).
na = Não se aplica .
a = Não calculado porque menos de 50 por cento dos entrevistados se uniram pela primeira vez antes de ter a idade de início do grupo etário.
* Caso de efectivos não ponderados inferiores a 25.

Gráfico 6.3 Idade mediana na primeira união para as mulheres e os homens

Nota: Mulheres e homens de 25-49 anos.
* Não calculado para os homens sem instrução porque o effectif é inferior à 25 casos não ponderados .
** Não calculado para os homens quintil o mais rico porque 50% dos homens de 25-49 anos ainda não são casados à 25 anos.

IDS-STP 2008-2009

6.4 IDADE NAS PRIMEIRAS RELAÇÕES SEXUAIS

A idade nas primeiras relações sexuais é à semelhança da idade da primeira união, um factor determinante da fecundidade visto que as relações sexuais não ocorrem necessariamente no quadro exclusivo da união. Por esta razão, pedimos aos entrevistados, a idade em que tiveram as suas primeiras relações sexuais. O Quadro 6.5 apresenta as proporções de homens e de mulheres que já tiveram relações sexuais antes de atingir determinadas idades exactas e a idade mediana na primeira relação sexual de acordo com a idade actual.

Antes dos 15 anos, 12% das mulheres da faixa etária de 25-49 já tinham tido relações sexuais. Essa proporção é de 53% antes de completarem os 18 anos, de 79% antes de completarem os 20 anos e de 92% antes de completarem os 25 anos. A idade mediana na primeira relação sexual entre as mulheres de 25-49 anos é estimada em 17,8 anos. Esta idade é mais baixa do que a idade da primeira união (18,8 anos), o que poderia indicar que as primeiras relações sexuais ocorrem um ano antes da primeira união. Note-se que a idade da primeira relação sexual é quase a mesma entre as gerações mais velhas e as mais recentes. Além disso, uma percentagem inferior a 1% das mulheres na faixa etária de 25-49 declarou que nunca havia tido relações sexuais.

Quadro 6.5 Idade na primeira relação sexual

Percentagem de mulheres e homens de 15-49 anos que tiveram relações sexuais pela primeira vez antes de ter certas idades exactas, percentagem que nunca teve relação sexual e idade mediana na primeira relação, por idade actual, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

Idade actual	Percentagem que teve relações sexuais pela primeira vez antes de ter a idade exacta de:					Percentagem que nunca teve relação sexual	Efectivo	Idade mediana nas primeiras relações sexuais
	15	18	20	22	25			
MULHERES								
15-19	9,7	na	na	na	na	54,3	555	a
20-24	8,4	53,0	80,2	na	na	7,6	459	17,8
25-29	11,1	60,1	80,3	91,5	94,3	2,2	452	17,5
30-34	9,1	48,3	79,6	87,1	91,7	0,6	398	18,1
35-39	11,0	54,5	77,6	87,0	94,9	0,0	258	17,8
40-44	14,1	50,5	79,8	87,5	89,8	0,0	282	18,0
45-49	15,2	50,5	72,0	80,6	84,4	0,0	211	18,0
20-49	10,9	53,3	78,9	a	a	2,3	2 060	17,8
25-49	11,7	53,3	78,5	87,5	91,7	0,8	1 601	17,8
15-24	9,1	a	a	a	a	33,1	1 014	a
HOMENS								
15-19	11,7	na	na	na	na	52,3	566	a
20-24	13,1	55,5	81,6	na	na	8,6	351	17,6
25-29	15,1	58,1	80,6	89,1	95,1	2,8	293	17,5
30-34	9,7	50,9	75,3	86,2	92,2	1,3	302	18,0
35-39	13,1	56,3	78,7	84,6	91,1	2,3	227	17,6
40-44	10,2	48,4	71,9	82,9	89,9	0,0	176	18,1
45-49	10,1	46,6	78,8	85,9	95,0	0,9	164	18,1
15-24	12,3	a	a	a	a	35,6	917	a
20-59	11,9	52,1	77,1	a	a	2,8	1 730	17,9
25-59	11,6	51,2	75,9	85,8	92,7	1,4	1 379	17,9

na = Não se aplica
a = Não calculado porque menos de 50 por cento dos entrevistados e das entrevistadas tiveram as primeiras relações sexuais antes de ter a idade de início do grupo etário.

Nota-se que por faixa etária, a proporção de mulheres que têm a primeira relação sexual antes dos 15 anos é mais elevada nas gerações mais velhas, enquanto que antes dos 18, 20, 22 e 25 anos, esta proporção é maior nas gerações mais recentes.

Entre os homens com idade entre 25-59 anos, verifica-se que 51% tiveram a sua primeira relação sexual antes de completarem 18 anos e esta proporção sobe para 76% antes dos 20 anos e 93% antes de 25 anos. De notar que os homens tiveram a sua primeira relação sexual cerca de 5,5 anos antes da sua primeira união. A idade mediana da primeira relação sexual para os homens foi de 17,9 anos. A idade mediana na primeira relação sexual para os homens mostra uma tendência lenta para a diminuição, das gerações mais velhas para as mais jovens.

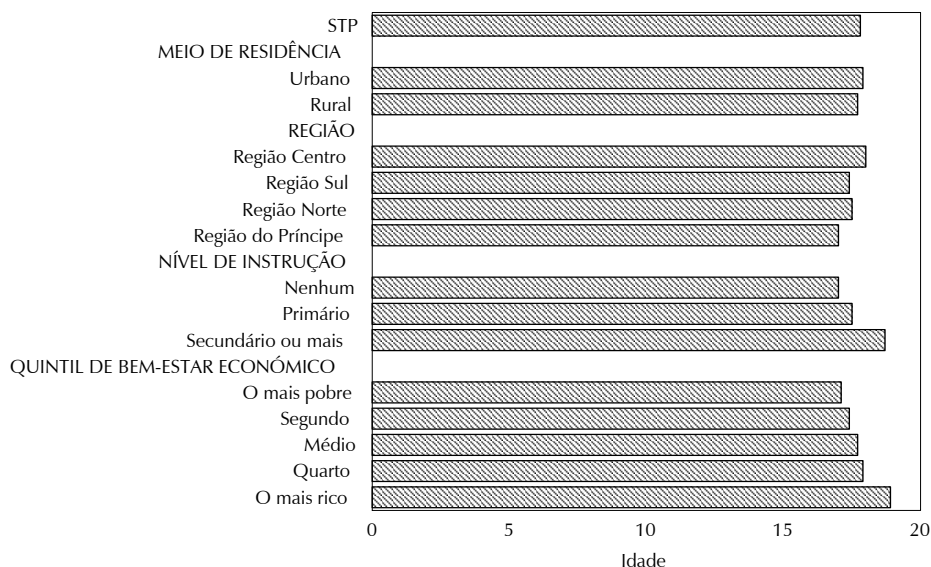
No entanto, os níveis globais da idade mediana na primeira relação sexual entre as mulheres e entre os homens escondem pequenas diferenças de acordo com certas características sociodemográficas. Segundo o quadro 6.6.1 e por área de residência, verifica-se que as mulheres urbanas e rurais iniciam a vida sexual sensivelmente na mesma idade (17,9 anos no meio urbano e 17,7 anos no meio rural) (Gráfico 6.4). Entre as região, as diferenças de início da vida sexual são baixas. Há um máximo de 18 anos na região central e um mínimo de 17 anos, na região do Príncipe e 17,5 anos na região do Norte e do Sul. O início da actividade sexual também está positivamente associado aos níveis de instrução e de bem-estar. As mulheres do nível secundário ou mais começam uma vida sexual activas 1,7 anos mais tarde do que aquelas que não têm nenhum nível (18,7 anos contra 17 anos). Da mesma forma, as mulheres que vivem numa família do quintil mais rico (18,9 anos) iniciam a sua vida sexual mais tarde do que as dos agregados familiares do quintil mais pobre (17,1 anos).

Quadro 6.6.1 Idade mediana na primeira relação sexual: Mulheres

Idade mediana na primeira relação sexual entre as mulheres de 20(25)-49 anos, segundo a idade actual, por algumas características sociodemográficas, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

Características sociodemográficas	Idade						Mulheres de idade 20-49	Mulheres de dade 25-49
	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49		
Meio de residência								
Urbano	18,2	17,6	18,2	18,2	17,7	17,9	18,0	17,9
Rural	17,4	17,3	18,0	17,4	18,2	18,3	17,6	17,7
Região								
Região Centro	18,1	17,6	18,3	18,2	18,2	18,9	18,0	18,0
Região Sul	17,8	17,5	17,5	17,1	17,3	17,6	17,5	17,4
Região Norte	17,1	17,3	18,0	17,3	17,8	16,6	17,4	17,5
Região do Príncipe	17,4	16,8	17,1	16,7	17,2	17,5	17,0	17,0
Nível de instrução								
Nenhum	17,3	16,6	17,4	17,6	16,0	17,3	17,1	17,0
Primário	17,0	17,0	17,6	17,6	17,6	17,8	17,4	17,5
Secundário ou mais	18,5	18,5	18,9	18,6	18,6	19,4	18,7	18, 7
Quintil de bem-estar económico								
O mais pobre	17,3	17,1	17,1	17,1	17,0	17,6	17,2	17,1
Segundo	17,6	17,0	17,6	17,1	18,8	17,7	17,4	17,4
Médio	17,5	17,6	18,0	18,0	17,3	18,1	17,7	17,7
Quarto	17,7	17,7	18,1	18,1	17,9	17,4	17,9	17,9
O mais rico	18,6	18,6	19,4	18,6	18,8	19,1	18,8	18,9
Total	17,8	17,5	18,1	17,8	18,0	18,0	17,8	17,8

a = Não calculado porque menos de 50 por cento das entrevistadas tiveram as primeiras relações sexuais antes de ter a idade de início do grupo etário.

Gráfico 6.4 Idade mediana na primeira relação sexual entre as mulheres de 25-49 anos

De acordo com o Quadro 6.6.2, entre os homens, a idade de entrada na vida sexual varia pouco, independentemente do factor sócio-demográfico considerado. A mediana situa-se à volta de 18 anos: um valor máximo de 18,2 anos e um mínimo de 17,4 anos. Além disso, observa-se uma diferença: de 0,3 anos entre o meio urbano e o rural; 0,8 anos entre as regiões; 0,2 anos entre as mulheres instruídas e também entre as mulheres dos agregados dos diferentes níveis de bem-estar económico.

Quadro 6.6.2 Idade mediana na primeira relação sexual: Homens

Idade mediana na primeira relação sexual entre os mulheres de 20(25)-49 anos, segundo a idade actual, por algumas características sociodemográficas, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009, por características sociodemográficas, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

Características sociodemográficas	Idade							Homens de idade 20-59	Homens de idade 25-59
	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-59		
Meio de residência									
Urbano	17,7	18,0	18,1	17,0	18,1	18,5	18,5	18,0	18,1
Rural	17,5	17,3	17,8	18,0	18,1	17,8	18,6	17,8	17,8
Região									
Região Centro	17,5	17,5	18,1	17,7	18,1	18,4	19,0	18,1	18,2
Região Sul	18,0	17,5	17,3	17,6	18,0	17,8	17,5	17,6	17,6
Região Norte	17,6	17,4	17,9	17,7	18,5	18,2	18,0	17,8	17,9
Região do Príncipe	16,8	17,7	17,7	16,9	16,4	17,0	18,1	17,3	17,4
Nível de instrução									
Nenhum	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Primário	17,8	17,4	17,9	17,5	18,1	18,1	18,6	17,8	17,8
Secundário ou mais	17,2	17,5	18,0	18,1	18,1	18,4	18,5	17,9	18,0
Quintil de bem-estar económico									
O mais pobre	17,7	17,1	17,9	18,4	18,1	17,7	18,5	17,8	17,8
Segundo	17,5	17,8	17,8	17,7	18,2	18,4	17,6	17,8	17,8
Médio	18,1	17,3	18,2	17,0	17,9	18,6	19,0	18,0	18,0
Quarto	18,1	17,7	17,7	17,8	18,2	18,0	20,0	18,0	18,0
O mais rico	17,0	17,4	18,4	17,2	17,0	17,9	18,5	17,7	18,0
Total	17,6	17,5	18,0	17,6	18,1	18,1	18,5	17,9	17,9

a = Não calculado porque menos de 50 por cento dos entrevistados tiveram as primeiras relações sexuais antes de ter a idade de início do grupo etário.
* Caso de efectivos não ponderados inferiores a 25.

6.5 ACTIVIDADE SEXUAL RECENTE

A frequência das relações sexuais também é um factor importante de exposição ao risco de gravidez, especialmente quando a prevalência de anticoncepcionais modernos é baixa, como é o caso de São Tomé e Príncipe. O Quadro 6.7.1 apresenta os resultados sobre a actividade sexual das mulheres de 15-49 anos no momento do inquérito. No geral, constata-se que 59% das mulheres eram consideradas sexualmente activas no momento do inquérito, porque declararam terem tido, pelo menos uma vez, relações sexuais nas quatro semanas anteriores ao inquérito. Em contraste, 13% nunca tiveram relações sexuais; em 18% dos casos, as mulheres tiveram a sua última relação sexual no período de 1-11 meses antes do inquérito e 8% delas tiveram as suas últimas relações sexuais há mais de um ano.

Quadro 6.7.1 Actividade sexual recente: Mulheres

Distribuição percentual das mulheres de 15-49 anos, segundo o tempo decorrido desde a última relação sexual por algumas características sociodemográficas, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

	Tempo desde a última relação sexual:						
Características sociodemográficas	Nas últimas quatro semanas	No último ano[1]	Um ano ou mais	Sem informação	Nunca teve relação sexual	Total	Efectivo de mulheres
Grupo etário							
15-19	26,6	13,9	5,2	0,0	54,3	100,0	555
20-24	63,5	21,0	7,1	0,8	7,6	100,0	459
25-29	70,1	20,3	6,7	0,7	2,2	100,0	452
30-34	68,0	21,8	8,2	1,5	0,6	100,0	398
35-39	74,8	17,2	8,0	0,0	0,0	100,0	258
40-44	74,2	14,1	10,1	1,6	0,0	100,0	282
45-49	59,0	17,6	22,4	0,9	0,0	100,0	211
Estado civil							
Solteiro	15,7	16,5	9,9	0,4	57,6	100,0	605
Casado ou em união	81,9	15,2	2,1	0,8	0,0	100,0	1 718
Divorciado/separado/viúvo	17,6	38,3	42,8	1,3	0,0	100,0	291
Duração na união[2]							
0-4 anos	81,6	17,1	0,9	0,4	0,0	100,0	297
5-9 anos	81,9	12,6	5,0	0,4	0,0	100,0	237
10-14 anos	82,9	15,2	1,1	0,8	0,0	100,0	205
15-19 anos	76,3	21,1	2,6	0,0	0,0	100,0	140
20-24 anos	86,1	8,7	4,1	1,1	0,0	100,0	90
25 anos+	78,3	10,8	10,8	0,0	0,0	100,0	63
Casado mais de que uma vez	82,7	15,4	0,7	1,2	0,0	100,0	686
Meio de residência							
Urbano	57,3	17,4	9,8	0,9	14,6	100,0	1 433
Rural	62,0	19,0	6,7	0,5	11,8	100,0	1 182
Região							
Região Centro	57,1	18,9	8,6	0,9	14,5	100,0	1 670
Região Sul	64,4	14,9	8,5	0,5	11,8	100,0	324
Região Norte	63,2	17,5	8,1	0,5	10,7	100,0	502
Região do Príncipe	62,6	18,5	7,3	0,2	11,4	100,0	119
Nível de instrução							
Nenhum	71,9	12,6	10,2	1,8	3,5	100,0	155
Primário	65,5	17,8	8,5	0,7	7,5	100,0	1 516
Secundário ou mais	47,5	19,5	8,1	0,6	24,3	100,0	944
Quintil de bem-estar económico							
O mais pobre	56,7	22,1	9,2	0,9	11,1	100,0	462
Segundo	61,4	18,2	10,1	0,4	9,9	100,0	516
Médio	64,9	15,1	7,3	1,6	11,1	100,0	475
Quarto	58,5	18,4	7,1	0,7	15,4	100,0	557
O mais rico	56,4	17,0	8,4	0,3	17,8	100,0	605
Total	59,4	18,1	8,4	0,7	13,3	100,0	2 615

[1] Não incluiu as mulheres que tiveram relações sexuais nas últimas quatro semanas.
[2] Não incluiu as mulheres que não são actualmente casadas ou em união.

A proporção de mulheres sexualmente activas durante o inquérito aumenta com a idade, passando de um mínimo de 27% na faixa de 15-19 anos, para um máximo de 75% na faixa de 35-39 anos, para diminuir além desse idade, e se situar em 59% na faixa 45-49 anos. Quanto à situação matrimonial, os resultados mostram que a actividade sexual é baixa entre as mulheres solteiras (16%) e entre as mulheres em ruptura de união (18%). Em contrapartida, mais de oito em cada dez mulheres casadas (82%) são sexualmente activas; 15% delas tiveram as suas últimas relações sexuais durante o período que decorreu dos últimos 1-11 meses. Além disso, a duração da união parece afectar ligeiramente a actividade sexual recente. Entre as mulheres que estiveram em união uma única vez, a proporção sexualmente activas varia de 82% naquelas cuja duração da união situa-se entre 0 e 4 anos, e 78% naquelas que se encontram em união há 25 anos ou mais. Entre as mulheres casadas mais de uma vez, essa proporção foi de 83%.

A proporção de mulheres sexualmente activas é maior nas áreas rurais (62%) do que urbanas (57%). Na região Central (57%), as mulheres declararam menos frequentemente ser sexualmente activas do que nas outras três regiões: região Sul (64%), do Norte e do Príncipe (63%). Além disso, a proporção de mulheres sexualmente activas diminuiu com o nível de escolaridade; essa proporção é de 72% entre as mulheres com nenhuma escolaridade e 48% para as detentoras do nível secundário ou mais. Por último, a proporção de mulheres sexualmente activas aumenta entre aquelas do primeiro ao terceiro quintil de bem-estar económico, para diminuir entre as pertencentes aos dois quintis mais ricos.

No momento do inquérito, 62% dos homens dos 15-59 anos declarou-se sexualmente activos e 15% deles nunca haviam tido relações sexuais (Quadro 6.7.2). No entanto, 15% dos homens declararam que as suas últimas relações sexuais tinham ocorrido entre 1 e 11 meses antes do inquérito. A percentagem de homens sexualmente activos varia com a idade; as gerações mais velhas são sexualmente mais activas do que as gerações recentes. Ainda, essa percentagem é ligeiramente superior nas zonas urbanas (62%) do que rurais (59%). A nível regional, há ligeiras variações: ela varia de um máximo de 67% no Sul para um mínimo de 58% no Centro. Tal como acontece com as mulheres, a proporção dos que relataram ser sexualmente activos diminui com o aumento do nível de instrução. Dependendo do nível de bem-estar económico, esta proporção é relativamente baixa, tanto entre os mais pobres (57%) como entre os mais ricos (62%) em comparação com os outros níveis de bem-estar económico.

Quadro 6.7.2 Actividade sexual recente: Homens

Distribuição percentual dos homens de 15-49 anos, segundo o tempo decorrido desde a última relação sexual por algumas características sociodemográficas, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

Características sociodemográficas	Tempo desde a última relação sexual: Nas últimas quatro semanas	No último ano[1]	Um ano ou mais	Sem informação	Nunca teve relação sexual	Total	Efectivo de homens
Grupo etário							
15-19	17,5	20,4	9,3	0,6	52,3	100,0	566
20-24	60,0	22,2	8,0	1,3	8,6	100,0	351
25-29	80,8	12,5	3,4	0,5	2,8	100,0	293
30-34	85,6	8,5	1,3	3,3	1,3	100,0	302
35-39	80,5	12,3	3,9	1,0	2,3	100,0	227
40-44	83,8	9,6	6,2	0,4	0,0	100,0	176
45-49	76,6	11,8	9,9	0,8	0,9	100,0	164
Estado civil							
Solteiro	29,7	21,8	10,5	1,0	36,9	100,0	936
Casado ou em união	92,2	6,1	0,2	1,5	0,0	100,0	958
Divorciado/separado/viúvo	53,2	30,7	16,1	0,0	0,0	100,0	184
Duração na união[2]							
0-4 anos	92,7	6,6	0,0	0,7	0,0	100,0	186
5-9 anos	95,5	1,8	0,0	2,7	0,0	100,0	156
10-14 anos	86,3	8,5	1,5	3,8	0,0	100,0	131
15-19 anos	92,7	6,4	0,0	0,9	0,0	100,0	76
20-24 anos	(92,9)	(3,2)	(0,0)	(3,9)	(0,0)	100,0	42
25 anos+	(86,6)	(13,4)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	100,0	34
Casado mais de que uma vez	93,1	6,5	0,0	0,4	0,0	100,0	334
Meio de residência							
Urbano	62,3	14,7	6,9	1,0	15,2	100,0	1 010
Rural	59,0	16,0	5,7	1,2	18,0	100,0	1 068
Região							
Região Centro	57,5	15,7	7,1	1,6	18,1	100,0	1 190
Região Sul	67,3	11,7	4,3	0,5	16,1	100,0	284
Região Norte	63,1	16,2	5,9	0,6	14,3	100,0	498
Região do Príncipe	66,2	17,1	4,4	0,0	12,3	100,0	107
Nível de instrução							
Nenhum	(44,2)	(5,0)	(4,1)	(0,0)	(46,6)	100,0	25
Primário	63,8	16,3	6,3	1,2	12,4	100,0	1 148
Secundário ou mais	57,0	14,5	6,3	1,0	21,2	100,0	905
Quintil de bem-estar económico							
O mais pobre	57,4	22,7	6,9	2,4	10,6	100,0	390
Segundo	63,5	15,4	6,6	0,5	14,0	100,0	408
Médio	59,5	14,2	6,3	0,9	19,1	100,0	417
Quarto	60,2	12,1	4,8	0,5	22,4	100,0	413
O mais rico	62,2	13,0	6,8	1,4	16,6	100,0	451
Grupo etário							
Total 15-49	60,6	15,4	6,3	1,1	16,6	100,0	2 078
Homens 50-59	77,4	15,5	6,2	0,9	0,0	100,0	218
Total dos homens 15-59	62,2	15,4	6,3	1,1	15,0	100,0	2 296

[1] Não incluiu os homens que tiveram relações sexuais nas últimas quatro semanas.
[2] Não incluiu os homens que não são actualmente casados ou em união.
( ) Caso de efectivo não ponderados entre 25 e 49.

6.6 EXPOSIÇÃO AO RISCO DE GRAVIDÊZ

Após o nascimento de uma criança, a exposição ao risco de gravidez depende, entre outros factores, do retorno da ovulação e da abstinência sexual ou da abstinência pós-parto. O tempo que decorre entre o parto e o retorno da ovulação constitui a amenorreia pós-parto. Estima-se pela duração do intervalo entre o nascimento de uma criança e o retorno da menstruação. A duração deste intervalo pode ser influenciada pela intensidade, frequência e duração do aleitamento materno. O exame destes factores

permite identificar as mulheres não-susceptíveis de serem expostas ao risco de gravidez e, portanto, avaliar a duração da não-susceptibilidade. Uma mulher é considerada não susceptível ao risco de gravidez, quando ela não retomou as relações sexuais desde o último nascimento, ou quando ela se encontra em amenorreia pós-parto, o que significa que o risco de engravidar é mínimo se ela retomar as relações sexuais sem protecção anticoncepcional. O período de não-susceptibilidade define-se por conseguinte, como o período durante o qual uma mulher não corre praticamente o risco de gravidez resultante da amenorreia e/ou abstinência pós-parto.

Os dados do quadro 6.8 referem-se aos nascimentos dos últimos três anos, nos quais a mãe ainda se encontra em amenorreia ou em abstinência pós-parto e, portanto, não-susceptível de estar exposta ao risco de gravidez. A distribuição da proporção de nascimentos de acordo com os meses contados a partir do nascimento é igual à série dos sobreviventes (Sx) de uma tábua de mortalidade. O quadro mostra também as durações mediana e média da amenorreia, abstinência e não-susceptibilidade.

Quadro 6.8 Amenorreia, abstinência sexual, e não-suceptibilidade pós-parto

Percentagem de nascimentos ocorridos nos últimos três anos anteriores ao inquérito de mães em amenorreia, abstinência, em não-suceptibilidade pós-parto, segundo o número de meses desde o último nascimento e duração mediana e média, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

Número de meses desde o último nascimento	Percentagem de nascimentos cujas mães estão em: Amenorreia	Abstinência	Não-susceptibilidade[1]	Efectivo de nascimentos
<2	89,8	78,2	94,0	59
2-3	67,2	46,2	73,8	64
4-5	53,2	9,0	54,2	77
6-7	55,5	15,1	58,9	66
8-9	40,7	5,2	44,8	74
10-11	27,1	7,7	29,7	55
12-13	(45,4)	(11,4)	(47,9)	38
14-15	24,5	6,9	26,2	66
16-17	(30,7)	(9,9)	(33,2)	49
18-19	18,4	4,9	23,4	78
20-21	11,6	4,8	15,5	61
22-23	13,1	7,7	20,8	50
24-25	6,5	1,4	7,3	65
26-27	(4,3)	(9,1)	(13,4)	49
28-29	1,6	4,3	5,9	68
30-31	5,9	6,2	12,0	70
32-33	1,7	5,6	6,2	51
34-35	0,9	0,0	0,9	55
Total	28,1	12,8	32,0	1 095
Mediana	6,4	2,1	7,2	na
Média	10,3	5,0	11,6	na

Nota: Os cálculos são baseados no estatuto do momento do inquérito.
na = Não se aplica
[1] Inclui os nascimentos para os quais a mãe está ainda em amenorreia, ou abstinência, (ou em ambas situações), após um parto.
( ) Caso de efectivo não ponderados entre 25 e 49.

Globalmente, 28% das mulheres que deram à luz durante os três anos que antecederam o inquérito ainda se encontram em amenorreia pós-parto. Mais de uma em cada duas mulheres (53%) mantém-se em amenorreia até 4-5 meses; mais de quatro em cada dez mulheres (41%) ainda estão em amenorreia pós-parto após 8-9 meses; e 18% até 18-19 meses. Após 24 meses, a proporção de mulheres sem retorno de ovulação está muito abaixo de 7%. A duração mediana da amenorreia pós-parto é estimada em 6,4 meses e sua média é de 10,3 meses.

Quanto à abstinência pós-parto, notámos que 46% das mulheres ainda não tinham retomado as suas relações sexuais decorridos 2-3 meses após o nascimento do seu último filho; 8-9 meses após o nascimento, esta proporção diminui rapidamente para se situar em 5%. Após este último período, a proporção de mães na abstinência é desprezível. Além disso, a duração mediana da abstinência pós-parto é de 2,1 meses e o seu valor médio é de 5 meses. Para 32% dos nascimentos nos três anos anteriores ao inquérito, as mães encontram-se em insusceptibilidade pós-parto. Este período de insusceptibilidade dura em média 11,6 meses para 50% dos nascimentos; as mães não são susceptíveis de ficar grávidas durante 7,2 meses.

O quadro 6.9 apresenta as durações medianas da amenorreia, abstinência pós-parto e não susceptibilidade, de acordo com algumas características sociodemográficas das mulheres. Estas diferentes durações variam com a idade da mãe: as mulheres com idade entre 30-49 anos ficam mais tempo (8,8 meses) em amenorreia pós-parto do que as mulheres jovens de 15-29 anos (cinco meses). Dependendo da área de residência, verifica-se que as durações da amenorreia são ligeiramente mais prolongadas nas zonas rurais (6,6 meses) do que nas zonas urbanas (6 meses). A nível regional, a duração mediana da amenorreia pós-parto varia entre um mínimo de 3,6 meses na região do Príncipe para um máximo de 12,6 meses no sul do país. O nível de instrução também influencia o tempo de amenorreia: as mulheres sem instrução têm uma duração mediana da amenorreia pós-parto maior do que as mulheres instruídas. Esta duração é maior para as mulheres do primeiro quintil (11,6 meses) e é de 4,2 meses entre as mulheres do quinto quintil. Com relação à duração mediana da abstinência pós-parto, os resultados mostram que valores baixos são observados, independentemente do perfil sócio-demográfico das mulheres.

Quadro 6.9 Duração mediana da amenorreia, da abstinência pós-parto e da não-susceptibilidade pós-parto

Número mediano de meses em amenorreia, abstinência e não-susceptibilidade pós-parto após um nascimento ocorrido nos últimos três anos anteriores ao inquérito, por algumas características socio-demográficas, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

Características sociodemográficas	Amenorreia	Abstinência	Não susceptibilidade
Idade da mãe			
15-29	5,0	2,2	5,8
30-49	8,8	1,7	9,0
Meio de residência			
Urbano	6,0	2,1	7,4
Rural	6,6	2,0	7,1
Região			
Região Centro	5,5	2,1	6,1
Região Sul	12,6	2,0	13,5
Região Norte	6,1	2,4	6,5
Região do Príncipe	3,6	0,7	4,9
Nível de instrução			
Nenhum	8,8	1,9	8,8
Primário	5,5	1,7	6,7
Secundário ou mais	7,3	2,6	7,3
Quintil de bem-estar económico			
O mais pobre	11,6	1,4	11,9
Segundo	5,6	2,4	6,2
Médio	4,4	2,3	5,3
Quarto	8,0	1,9	8,0
O mais rico	4,2	2,1	4,9
Total	6,4	2,1	7,2

Nota: As medianas são baseadas no estatuto actual.
[1] Inclui os nascimentos para os quais a mãe está ainda em amenorreia, ou abstinência, (ou em ambas situações), após um parto.

De acordo com o mesmo quadro 6.9, como era de se esperar, a duração da não-susceptibilidade é totalmente dependente da duração da amenorreia e da abstinência. As durações medianas são maiores: para as mulheres de 30 anos e mais, do que para aquelas com menos de 30 anos; para as mulheres do Sul do que as de outras regiões; para aquelas sem instrução do que as instruídas; e para aquelas pertencentes ao quintil mais pobre do que as dos demais quintis.

6.7 MENOPAUSA

O quadro 6.10 mostra o fim da exposição ao risco da gravidez para as mulheres de 30-49. Apresenta-se por conseguinte a proporção de mulheres em menopausa, ou seja, a proporção de mulheres que não estão grávidas, nem em amenorreia após o parto, e que não tiveram menstruações durante pelo menos seis meses antes do inquérito ou então que se declararam na menopausa.

Constata-se que 5,5% das mulheres com idade entre 30-49 estavam na menopausa, no momento do inquérito. A proporção de mulheres na menopausa é baixa e variável entre as mulheres de 30-43 anos (entre 2,1% e 2,9%); aumenta rapidamente com a idade, passando de 8% nos 44-45 anos, para 13% nos 46-47 anos, atingindo 30% nos 48-49 anos.

Quadro 6.10 Menopausa

Percentagem de mulheres de 30-49 anos em menopausa segundo a idade, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

Grupo etário	Percentagem de mulheres em menopausa[1]	Efectivo de mulheres
30-34	2,6	398
35-39	2,3	258
40-41	2,9	109
42-43	2,1	129
44-45	8,2	98
46-47	13,3	83
48-49	29,9	74
Total	5,5	1 149

[1] Percentagem de todas as mulheres que não estão grávidas e não estão em amenorreia pós-parto para as quais o último período menstrual ocorreu 6 meses ou mais antes do inquérito.

INTENÇÕES REPRODUTIVAS E PLANEAMENTO DA FECUNDIDADE 7

As questões relativas as intenções reprodutivas permitem avaliar o nível de sucesso dos casais no controlo da fecundidade, e medir as necessidades futuras relativamente à contracepção, não só para espaçar, mas também para limitar os nascimentos. No IDS STP, as informações foram recolhidas através de perguntas relativas ao desejo da mulher em ter ou não filhos suplementares no futuro, ao tempo que gostaria de esperar antes de ter um outro filho e o número de filhos considerado ideal.

Relembramos que os dados relativos a atitudes e opiniões em matéria de reprodução foram sempre objecto de muita controvérsia. Com efeito, alguns pesquisadores pensam que as respostas às questões sobre as preferências em matéria de fecundidade reflectem pontos de vista provisórios exprimidos sem grande convicção, ou não consideram o efeito das pressões sociais ou das atitudes dos outros membros da família, particularmente do marido, que podem ter uma grande influência nas decisões relativas à reprodução. Além disso, esses dados provêm de uma amostra de mulheres de várias idades e que têm uma vida genésica diferente. Para as mulheres recém-unidas, as respostas estão relacionadas a objectivos de médio e longo prazo, cujos valores preditivos são incertos. Para as mulheres que se encontram no fim da vida reprodutiva, as respostas são inevitavelmente influenciadas pela respectiva história genésica.

Apesar destas dificuldades, a análise de dados sobre as intenções reprodutivas pode ajudar na explicação de alguns factores que influenciam o comportamento procriador das mulheres.

Neste capítulo serão tratados os seguintes assuntos: o desejo de ter ou não mais filhos, as necessidades em matéria de planeamento familiar, o número ideal de filhos e o planeamento da fecundidade.

7.1 DESEJO DE TER FILHOS (SUPLEMENTARES)

O desejo de ter ou não ter filhos suplementares no futuro está geralmente relacionado com a idade da mulher, o número de filhos actualmente vivos e/ou o número de filhos do casal.

Às mulheres e aos homens actualmente casados/em união foram colocadas perguntas no sentido de obter informações sobre as suas atitudes relativas ao desejo de espaçar o próximo nascimento ou ao desejo de não ter mais filhos. Os resultados apresentados no quadro 7.1 e no gráfico 7.1 mostram que mais de uma em cada duas mulheres (51%) respondeu que não desejaria mais filhos, enquanto que mais de quatro em cada dez mulheres (43%) querem mais filhos.

Estes resultados revelam também que, de entre as mulheres que declaram desejar ter filhos adicionais, a maioria (31%) deseja espaçar o próximo nascimento de dois anos ou mais. No total, 82% das mulheres podem ser consideradas como potenciais candidatas ao planeamento familiar: as que querem mais filhos (51%) e as que desejam espaçar o próximo nascimento num período de pelo menos dois anos (31%).

Como era de se esperar, a proporção de mulheres que não desejam ter mais filhos aumenta de forma regular com o número de filhos vivos: passa de menos de 2% nas mulheres que não têm (nenhum) filho para 52% nas que têm 3 filhos e para 89% nas que têm pelo menos 6 filhos.

Quadro 7.1 Intenções reprodutivas por número de filhos vivos

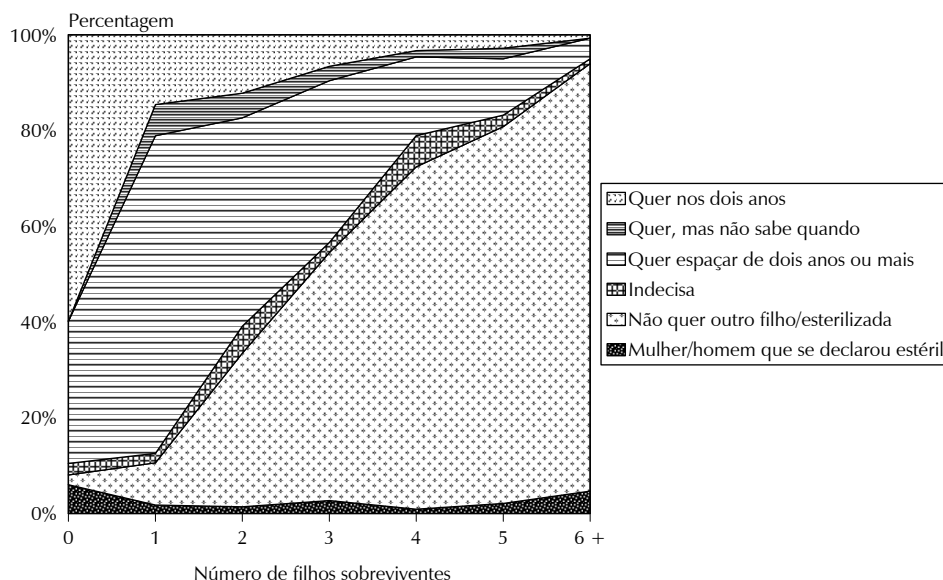
Distribuição percentual de mulheres e homens de 15-49 anos, actualmente casados/em união, por número de filhos vivos, segundo o desejo de ter filhos suplementares, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

Desejo de ter filhos	Número de filhos vivos							Total 15-49	Total dos homens 15-59
	0	1	2	3	4	5	6+		
MULHERES[1]									
Ter outro logo[2]	(59,4)	14,6	12,1	6,6	3,3	2,8	0,7	8,6	na
Ter outro mais tarde[3]	(29,5)	66,4	43,1	33,8	16,4	11,7	4,3	31,4	na
Ter outro, mas NS quando	(0,5)	6,5	5,1	3,0	1,4	2,2	0,0	3,1	na
Indecisa	(2,4)	2,0	5,6	2,1	6,5	2,4	1,0	3,4	na
Não quer mais filhos	(2,0)	8,8	31,8	51,8	71,3	78,4	89,1	51,0	na
Esterilizada[4]	(0,0)	0,3	0,1	2,4	0,9	0,7	2,9	1,2	na
Declarou-se estéril	(6,0)	1,5	1,3	0,3	0,0	1,4	1,8	1,1	na
Sem informação	(0,0)	0,0	1,0	0,0	0,2	0,3	0,2	0,3	na
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	na
Efectivo	46	280	321	362	283	184	241	1 718	na
HOMENS[5]									
Ter outro logo[2]	(67,0)	27,2	18,4	11,3	9,6	8,4	9,5	16,1	15,0
Ter outro mais tarde[3]	(18,5)	53,9	40,7	36,7	28,2	21,1	9,4	31,0	26,7
Ter outro, mas NS quando	(0,8)	2,9	3,7	2,2	1,9	4,4	1,1	2,5	2,6
Indeciso	(0,0)	3,9	10,1	8,5	10,1	1,6	7,7	7,2	6,4
Não quer mais filhos	(6,8)	10,5	24,7	39,7	47,9	63,9	69,6	41,0	47,2
Esterilizado[4]	(0,0)	1,3	1,6	0,1	2,4	0,0	0,9	1,1	1,1
Declarou-se estéril	(5,7)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	0,0	0,3	0,2
Sem informação	(1,1)	0,4	0,9	1,5	0,0	0,0	1,7	0,9	0,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Efectivo	35	146	173	168	148	92	195	958	1 140

na = Não se aplica
[1] O número de filhos vivos inclui a gravidez actual
[2] Quer outro filho dentro de dois anos
[3] Quer espaçar o próximo nascimento de dois anos ou mais
[4] Inclui a esterilização feminina e masculina
[5] O número de crianças vivas inclui a gravidez actual da mulher.
( ) Casos de efectivos não ponderados entre 25 e 49.

Nota-se igualmente que cerca de nove em cada dez mulheres que não têm filhos (89%) desejam ter um filho e a grande maioria (59%) deseja ter um filho nos próximos dois anos. Nas mulheres que têm um filho, o desejo de se ter um outro (88%) é comparável ao das que não têm filho, mas ao contrário dessas últimas, a maioria das que têm um filho deseja esperar pelo menos dois anos para ter o próximo filho (66%). Ainda, à medida que a paridade aumenta, a proporção de mulheres que desejam ter um outro filho diminui rapidamente. Com efeito, a percentagem de mulheres que desejam outros filhos passa de 89% entre as que não têm (nenhum) filho para 43% entre as que já têm três e para 5% no grupo de 6 ou mais filhos.

Por outro lado, 41% dos homens em união declarou não querer ter mais filhos e, um homem em cada dois (50%) deseja ter mais filho. Os homens e as mulheres casados/em união são proporcionalmente mais numerosos a desejar um filho suplementar. A semelhança das mulheres, a proporção de homens desejando ter filhos diminui consoante o número de filhos vivos, passando de 86 % entre os homens que não têm filho para 50% nos que têm 3 filhos e 20% nos homens com 6 ou mais filhos. Nos homens casados/em união, a necessidade potencial planeamento familiar pode ser avaliada, no total, em 72% (ou seja 41% não deseja mais filhos e 31% deseja ter o próximo filho pelo menos após dois anos).

Gráfico 7.1 Desejo de filho suplementar para as mulheres casadas/em união, segundo o número de filhos vivos

IDS STP 2008-2009

Os quadros 7.2.1 e 7.2.2 apresentam as proporções de mulheres e de homens casados/em união que não desejam ter mais filhos, segundo algumas características sociodemográficas e segundo o número de filhos vivos. Observa-se no quadro 7.2.1 que no total, mais de uma mulher em união em cada duas (52%) não deseja mais filhos, contra 42% nos homens em união de 15-49 anos.

Quadro 7.2.1 Desejo de limitar os nascimentos: Mulheres

Percentagem de mulheres de 15-49 anos, actualmente casadas/em união que não desejam ter mais filho segundo o número de filhos vivos, por algumas características sociodemográficas, IDD São Tome e Príncipe 2008-2009

Características sociodemográficas	Número de filhos vivos[1]							Total
	0	1	2	3	4	5	6+	
Meio de residência								
Urbano	4,0	10,5	35,7	59,6	74,9	78,6	92,0	53,4
Rural	0,0	7,0	27,4	48,0	69,2	79,6	92,0	50,8
Região								
Região Centro	0,0	8,5	35,3	57,2	75,8	81,6	93,4	53,0
Região Sul	0,0	11,6	32,8	58,8	66,8	82,5	89,7	55,4
Região Norte	6,2	5,3	16,3	38,4	62,8	68,1	90,2	44,8
Região do Príncipe	25,8	31,1	52,4	63,0	74,1	93,0	95,2	65,4
Nível de instrução								
Nenhum	0,0	23,0	42,0	49,4	63,9	76,0	88,5	63,1
Primário	4,0	11,4	31,5	51,2	68,9	80,5	93,4	55,0
Secundário ou mais	0,0	5,0	30,8	60,7	86,2	75,4	85,6	42,4
Quintil de bem-estar económico								
O mais pobre	0,0	12,3	28,0	48,8	72,0	63,2	89,1	52,9
Segundo	2,0	9,5	33,5	50,0	80,7	78,8	89,5	52,3
Médio	0,0	9,0	38,4	42,4	72,2	88,2	95,7	53,5
Quatro	8,1	4,0	37,1	63,6	60,3	74,3	90,9	52,5
O mais rico	0,0	10,8	21,9	61,5	75,6	98,2	97,9	50,0
Total	2,0	9,1	31,9	54,2	72,1	79,1	92,0	52,2

Nota: As mulheres esterilizadas foram consideradas como não desejando mais um outro filho.
[1] Inclui a gravidez actual.

A percentagem de mulheres que não desejam um filho suplementar é ligeiramente superior no meio urbano (53%) do que no meio rural (51%). Por região de residência, constata-se que as mulheres da região do Príncipe são as que mais frequentemente manifestaram o desejo de limitar o número de nascimentos (65%) e as da região Norte (45%) que, pelo contrário, foram as que menos manifestaram esse desejo. Por outro lado, o nível de instrução aparece como um factor que influencia claramente o desejo de não querer ter mais filhos. A percentagem de mulheres não querendo mais filhos passa de 63% entre as mulheres sem nenhum nível de instrução, para 55% nas que têm um nível primário e para 42% no grupo de mulheres com um nível de instrução igual ou superior ao secundário. Pelo contrário, para o total de mulheres inquiridas, o nível de vida dos agregados familiares não parece ser um factor que influencia o desejo de ter ou não um filho suplementar.

Quadro 7.2.2 Desejo de limitar os nascimentos: Homens

Percentagem de homens de 15-49 anos, actualmente casados/em união que não desejam ter mais filho segundo o número de filhos vivos, por algumas características sociodemográficas, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

Características sociodemográficas	Número de filhos vivos[1]							Total
	0	1	2	3	4	5	6+	
Meio de residência								
Urbano	2,0	13,4	30,6	43,8	52,5	65,3	75,7	44,8
Rural	12,8	9,8	22,8	36,2	48,9	62,6	64,8	39,5
Região								
Região Centro	6,3	14,1	36,4	39,6	48,9	75,6	69,6	44,0
Região Sul	14,3	15,2	21,0	47,8	53,5	70,1	83,7	46,4
Região Norte	0,0	2,3	11,1	33,7	47,4	41,6	66,8	34,5
Região do Príncipe	13,3	10,0	32,8	49,0	68,1	69,7	58,1	46,3
Nível de instrução								
Nenhum	*	*	*	*	*	*	*	*
Primário	5,0	10,1	21,0	42,2	46,8	63,9	67,5	40,7
Secundário ou mais	10,5	14,1	38,3	35,7	54,9	65,5	75,6	45,2
Quintil de bem-estar económico								
O mais pobre	25,3	0,5	23,1	31,2	38,1	52,5	52,0	31,6
Segundo	8,1	7,1	13,3	41,8	30,4	51,9	66,1	32,3
Médio	7,3	5,9	24,6	34,8	62,6	62,3	78,6	44,5
Quatro	0,0	29,5	43,9	48,5	77,1	69,3	61,3	52,2
O mais rico	0,0	15,5	31,4	42,1	50,3	83,4	89,3	49,3
Total homens 15-49	6,8	11,8	26,3	39,8	50,3	63,9	70,5	42,1
Homens 50-59	0,0	100,0	97,0	82,2	62,4	85,8	83,5	80,9
Total homens 15-59	6,7	13,5	30,3	41,2	52,3	67,2	75,4	48,3

Nota: Os homens que foram esterilizados ou que declararam que a mulher/parceira foi esterilizada, foram considerados com não desejando mais um outro filho.
[1] Inclui a gravidez actual da mulher.
* Casos de efectivos não ponderados inferior a 25.

Relativamente aos homens casados/em união de 15-49 anos de idade, nota-se que os do meio urbano (45%) são proporcionalmente mais numerosos que os do meio rural (40 %) a não manifestar o desejo de ter mais filhos. Por região de residência, constata-se que os homens da região Norte menos declararam o desejo de não ter mais filhos (35 %). Ainda, a semelhança das mulheres, o nível de instrução e o nível de vida do agregado parecem constituir factores positivamente correlacionados com o desejo de não ter mais filhos.

7.2 NECESSIDADES EM MATÉRIA DE PLANEAMENTO FAMILIAR

As mulheres actualmente casadas/em união que não utilizam métodos contraceptivos e que declararam não querer ter mais filhos (limitação os nascimentos) ou querer esperar dois anos ou mais para ter um outro filho (espaçamento dos nascimentos) são consideradas como tendo necessidades não satisfeitas em matéria de contracepção. A demanda potencial total em planeamento familiar é constituída pelo conjunto dessas mulheres cujas necessidade não são satisfeitas e as que utilizam actualmente a contracepção.

O quadro 7.3 apresenta as estimativas das necessidades não satisfeitas, as necessidades satisfeitas e a demanda total em matéria de planeamento familiar, segundo algumas características socio-demográficas, das mulheres actualmente casada/em união.

As necessidades não satisfeitas em matéria de planeamento familiar continuam ainda significativas, na medida em que cerca de quatro em cada dez mulheres (37%) manifestaram a necessidade. Pouco mais de metade dessas mulheres gostaria de utilizar a contracepção como um meio de espaçamento dos nascimentos (19% contra apenas 18% para limitar a descendência). As mulheres actualmente unidas que não utilizam métodos contraceptivos e que declararam não querer mais filhos (limitação dos nascimentos) e as que declararam querer esperar dois anos ou mais para ter um outro filho (espaçamento dos nascimentos) constituem o grupo cujas necessidades são insatisfeitas em matéria de contracepção.

As necessidades em matéria de planeamento familiar variam segundo as características socio-demográficas. Considerando a idade, é no grupo 15-19 anos que as necessidades não satisfeitas são mais elevadas (48%), e que a demanda satisfeita é mais baixa (32%). Em relação ao meio de residência, os resultados mostram importantes variações das necessidades não satisfeitas em planeamento familiar. No meio rural, o total das necessidades não satisfeitas aproxima os 32% contra 42% no meio urbano. Ao contrário, a demanda satisfeita é cerca de 45% no meio rural contra 58% no meio urbano. As necessidades para o espaçamento são significativamente mais importantes no meio rural que no meio urbano, enquanto as necessidades para limitar os nascimentos são mais expressivas em zona urbana do que rural. Relativamente as regiões, nota-se que a mais elevada proporção de mulheres com necessidades não satisfeitas situa-se na Região Centro (39%). Ao contrário, a Região do Príncipe tem as mais baixas proporções de necessidades não satisfeitas (28%). Por outro lado, a Região do Príncipe se caracteriza por um nível elevado de demanda satisfeita em planeamento familiar (65%), seguida da Região Norte (55%). Nas outras duas regiões, esta demanda é relativamente baixa (49%).

No que diz respeito ao nível de instrução, os dados mostram que as variações das necessidades não satisfeitas em planeamento familiar não são significativas. A proporção das necessidades não satisfeitas nas mulheres não instruídas é de 39% contra 36% entre as mulheres do nível primário e 40% nas mulheres com um nível de instrução igual ou superior ao secundário. Devido a correlação positiva entre a procura de planeamento familiar e o nível de instrução, nota-se que a demanda total satisfeita para os serviços de planeamento familiar é significativamente mais importante nas mulheres com um nível primário (53%) ou secundário (49%) que nas não instruídas.

Enfim, verifica-se variações consideráveis das necessidades não satisfeitas segundo o nível socio-económico do agregado em que vive a mulher, com oscilações de proporções entre 32% e 43%. De igual modo, existe uma correlação positiva entre a demanda satisfeita de planeamento familiar e o índice de bem-estar económico. Com efeito, essa demanda satisfeita é avaliada em 45-48 % nos três primeiros quintis e em 58 % no quintil mais rico.

Quadro 7.3.1 Necessidades em matéria de planeamento familiar para mulheres actualmente casadas/ em união

Percentagem de mulheres de 15-49 anos, actualmente casadas/em união com necessidades não satisfeitas em matéria de planeamento familiar, percentagem com necessidades satisfeitas, percentagem de demanda potencial total de serviços de planeamento familiar e percentagem de demanda satisfeita, por algumas características sociodemográficas, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

Características sociodemográficas	Necessidades não satisfeitas em matéria de planeamento familiar[1] Para espaçar	Para limitar	Total	Necessidades satisfeitas em matéria de planeamento familiar (utilização actual)[2] Para espaçar	Para limitar	Total	Demanda potencial total de planeamento familiar Para espaçar	Para limitar	Total	Percentagem de demanda satisfeita	Efectivo de mulheres
Grupo etário											
15-19	43,8	4,5	48,3	19,6	2,7	22,2	63,3	7,2	70,5	31,5	110
20-24	32,2	8,0	40,2	29,5	9,4	38,9	61,7	17,4	79,1	49,2	285
25-29	21,5	16,2	37,6	27,1	13,2	40,3	48,6	29,3	78,0	51,7	371
30-34	15,6	16,9	32,5	20,2	24,0	44,2	35,8	40,9	76,7	57,7	330
35-39	16,3	19,7	36,0	14,2	32,3	46,5	30,5	52,0	82,6	56,4	224
40-44	7,4	34,7	42,1	2,8	35,0	37,7	10,2	69,7	79,8	47,2	242
45-49	1,8	24,7	26,5	1,0	20,3	21,3	2,8	45,0	47,8	44,6	156
Meio de residência											
Urbano	19,7	21,9	41,6	16,1	17,2	33,3	35,7	39,2	74,9	44,5	911
Rural	18,5	13,6	32,2	20,7	23,5	44,1	39,2	37,1	76,3	57,9	807
Região											
Região Centro	19,5	20,0	39,6	17,8	20,1	37,9	37,3	40,1	77,4	48,9	1 063
Região Sul	17,9	16,7	34,6	13,9	19,6	33,5	31,8	36,3	68,1	49,2	224
Região Norte	20,6	13,1	33,7	22,6	17,8	40,3	43,2	30,9	74,1	54,5	354
Região do Príncipe	10,3	17,2	27,5	16,5	34,2	50,7	26,8	51,5	78,3	64,8	77
Nível de instrução											
Nenhum	13,3	25,9	39,2	5,2	13,1	18,3	18,5	39,0	57,5	31,8	123
Primário	17,5	18,3	35,8	18,9	21,8	40,7	36,5	40,1	76,6	53,2	1 135
Secundário ou mais	24,7	15,3	39,9	19,9	18,1	38,0	44,6	33,3	77,9	48,7	460
Quintil de bem-estar económico											
O mais pobre	23,7	19,7	43,4	15,8	19,7	35,5	39,5	39,4	78,9	45,0	298
Segundo	19,7	18,8	38,5	17,5	18,2	35,7	37,1	37,0	74,1	48,1	366
Médio	17,5	22,7	40,2	19,4	15,1	34,4	36,9	37,7	74,6	46,1	338
Quatro	19,1	13,9	33,0	18,9	22,7	41,6	37,9	36,7	74,6	55,8	357
O mais rico	16,3	15,7	32,0	19,2	24,8	44,1	35,5	40,5	76,0	57,9	359
Total	19,1	18,0	37,2	18,2	20,2	38,4	37,3	38,2	75,6	50,8	1 718

[1] As necessidades não satisfeitas para espaçar os nascimentos concernem as mulheres grávidas na altura da entrevista, cuja gravidez não aconteceu no momento desejado, as mulheres em amenorreia que não utilizam um método contraceptivo e cujo último nascimento não ocorreu no momento desejado; as mulheres fecundadas que não estavam grávidas, nem em amenorreia que não utilizam um método contraceptivo e que declararam querer esperar o próximo nascimento, de dois anos ou mais. Igualmente foram incluídas no efectivo com necessidades não satisfeitas para espaçar, as mulheres fecundas que não utilizam actualmente um método de planeamento familiar e que são indecisas quanto ao desejo de ter um outro filho ou que desejam um outro filho, mas não sabem o momento, a menos que disseram que não seria um problema, caso ficariam grávidas dentro de algumas semanas. As necessidades não satisfeitas para limitar os nascimentos concernem as mulheres grávidas que não desejam a gravidez, as mulheres em amenorreia que não utilizam um método de planeamento familiar cujo ultimo filho não foi desejado e que não querem mais filhos e as mulheres fecundas que não estavam grávidas, nem em amenorreia, que não utilizam um método de planeamento familiar e que declararam não desejar mais um outro filho. Foram excluídas do efectivo, as mulheres grávidas ou em amenorreia e que engravidaram enquanto utilizavam um método (essas mulheres precisam de um melhor método contraceptivo).

[2] A utilização para espaçar os nascimentos concerne as mulheres que utilizam actualmente um método contraceptivo e que declararam querer um outro filho ou que são indecisas. A utilização para limitar os nascimentos concerne as mulheres que utilizam actualmente um método contraceptivo e que disseram não desejar um filho suplementar. È de notar que não foram levados em consideração aqui, os métodos específicos utilizados.

O quadro 7.3.2 apresenta, para o total das mulheres e das mulheres que não vivem em união, as estimativas das necessidades não satisfeitas, das necessidades satisfeitas e da demanda total em matéria de planificação familiar, segundo certas características socio-demográficas.

Enquanto que para 26 % do total das mulheres as necessidades são não satisfeitas em matéria de contracepção, esta proporção é inferior a 7 % para as mulheres casadas/em união. Se as mulheres cujas necessidades são não-satifeitas em matéria de contracepção pudessem as satisfazer, ou seja se elas utilizassem efectivamente a contracepção, a prevalência contraceptiva seria de 57 % para o total das mulheres e 22 % nas mulheres não unidas.

De uma forma geral, as necessidades em planeamento familiar são geralmente orientadas para o espaçamento dos nascimentos, tanto para todas as mulheres como para as mulheres solteiras.

Quadro 7.3.2 Necessidades em matéria de planeamento familiar para todas as mulheres e para as mulheres não actualmente casadas/ não em união

Percentagem de todas as mulheres, e das actualmente não casadas/não em união de 15-49 anos, com necessidades não satisfeitas em matéria de planeamento familiar, percentagem com necessidades satisfeitas, percentagem de demanda potencial total de serviços de planeamento familiar e percentagem de demanda satisfeita, por algumas características sociodemográficas, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

Características sociodemográficas	Necessidades não satisfeitas em matéria de planeamento familiar[1]			Necessidades satisfeitas em matéria de planeamento familiar (utilização actual)[2]			Demanda potencial total de planeamento familiar			Percentagem de demanda satisfeita	Efectivo de mulheres
	Para espaçar	Para limitar	Total	Para espaçar	Para limitar	Total	Para espaçar	Para limitar	Total		
					TOADAS AS MULHERES						
Grupo etário											
15-19	12,2	1,2	13,4	12,2	0,9	13,1	24,3	2,1	26,5	49,3	555
20-24	23,0	5,5	28,5	27,0	7,1	34,1	50,1	12,6	62,6	54,4	459
25-29	18,5	13,7	32,2	26,5	12,7	39,3	45,1	26,4	71,5	55,0	452
30-34	13,0	14,0	27,0	17,8	21,5	39,2	30,8	35,5	66,3	59,2	398
35-39	15,0	18,0	33,1	12,4	30,3	42,7	27,4	48,4	75,8	56,4	258
40-44	6,3	30,1	36,5	2,4	30,9	33,3	8,7	61,1	69,8	47,7	282
45-49	1,3	18,7	20,0	0,7	16,7	17,4	2,1	35,3	37,4	46,5	211
Meio de residência											
Urbano	14,0	14,4	28,4	15,2	12,1	27,3	29,2	26,5	55,7	49,0	1 433
Rural	14,2	9,7	23,8	17,3	17,6	34,9	31,5	27,2	58,7	59,4	1 182
Região											
Região Centro	14,1	13,2	27,3	16,3	13,8	30,1	30,4	27,0	57,3	52,5	1 670
Região Sul	13,1	11,7	24,8	12,4	15,7	28,1	25,5	27,4	52,9	53,2	324
Região Norte	16,3	9,6	26,0	18,4	13,9	32,3	34,8	23,5	58,3	55,5	502
Região do Príncipe	7,8	11,8	19,6	14,9	25,5	40,4	22,6	37,3	59,9	67,3	119
Nível de instrução											
Nenhum	10,6	21,1	31,7	4,2	12,5	16,7	14,8	33,6	48,4	34,4	155
Primário	14,0	14,0	28,0	16,2	17,7	33,9	30,2	31,7	62,0	54,8	1 516
Secundário ou mais	14,8	8,1	22,8	18,0	9,9	27,9	32,8	17,9	50,7	55,0	944
Quintil de bem-estar económico											
O mais pobre	15,9	13,4	29,2	12,7	14,9	27,6	28,6	28,2	56,8	48,5	462
Segundo	14,7	13,6	28,2	15,3	14,3	29,7	30,0	27,9	57,9	51,2	516
Médio	13,5	16,2	29,7	17,5	12,2	29,7	31,0	28,4	59,4	50,0	475
Quatro	14,7	9,8	24,4	17,0	15,9	32,8	31,6	25,6	57,3	57,4	557
O mais rico	12,2	9,5	21,7	17,7	15,2	32,9	29,9	24,7	54,6	60,3	605
Total	14,1	12,3	26,3	16,2	14,6	30,7	30,2	26,8	57,1	53,8	2 615

continuação...

Quadro 7.3.2—*continuação*

Características sociodemográficas	Necessidades não satisfeitas em matéria de planeamento familiar[1]			Necessidades satisfeitas em matéria de planeamento familiar (utilização actual)[2]			Demanda potencial total de planeamento familiar			Percentagem de demanda satisfeita	Efectivo de mulheres
	Para espaçar	Para limitar	Total	Para espaçar	Para limitar	Total	Para espaçar	Para limitar	Total		
MULHERES ACTUALMENTE NÃO CASADAS /NÃO EM UNIÃO											
Grupo etário											
20-24	8,0	1,5	9,5	23,1	3,2	26,3	31,1	4,7	35,8	73,4	175
25-29	4,8	2,2	7,1	23,8	10,8	34,6	28,7	13,0	41,7	83,1	81
30-34	0,5	0,0	0,5	5,8	9,0	14,7	6,2	9,0	15,2	96,9	67
35-39	(6,7)	(7,0)	(13,7)	(0,5)	(17,4)	(17,9)	(7,1)	(24,5)	(31,6)	(56,6)	34
40-44	(0,0)	(2,3)	(2,3)	(0,0)	(6,6)	(6,6)	(0,0)	(8,9)	(8,9)	(74,2)	40
45-49	0,0	1,6	1,6	0,0	6,2	6,2	0,0	7,8	7,8	79,5	55
Meio de residência											
Urbano	4,2	1,2	5,4	13,7	3,2	16,9	17,9	4,4	22,3	75,7	522
Rural	4,8	1,1	5,9	10,1	4,8	14,9	14,9	5,9	20,8	71,6	375
Região											
Região Centro	4,5	1,2	5,7	13,6	2,8	16,4	18,1	4,0	22,1	74,2	607
Região Sul	2,2	0,4	2,6	9,1	6,9	16,0	11,3	7,3	18,6	85,8	100
Região Norte	6,1	1,3	7,4	8,5	4,7	13,1	14,6	6,0	20,6	63,9	148
Região do Príncipe	3,0	1,9	4,9	11,9	9,4	21,3	15,0	11,3	26,2	81,2	42
Nível de instrução											
Nenhum	(0,0)	(1,9)	(1,9)	(0,0)	(10,2)	(10,2)	(0,0)	(12,1)	(12,1)	(84,1)	31
Primário	3,7	1,1	4,7	8,1	5,6	13,7	11,8	6,7	18,4	74,2	381
Secundário ou mais	5,3	1,2	6,5	16,2	2,1	18,3	21,6	3,3	24,8	73,7	484
Quintil de bem-estar económico											
O mais pobre	1,7	1,9	3,6	7,1	6,1	13,2	8,7	8,1	16,8	78,7	164
Segundo	2,4	0,8	3,2	10,1	4,8	15,0	12,5	5,7	18,1	82,4	149
Médio	3,6	0,2	3,8	12,9	5,2	18,1	16,5	5,4	21,9	82,6	137
Quatro	6,8	2,2	9,0	13,5	3,6	17,1	20,3	5,8	26,1	65,5	199
O mais rico	6,2	0,5	6,7	15,5	1,2	16,6	21,6	1,7	23,4	71,3	246
Total	4,5	1,2	5,6	12,2	3,9	16,1	16,7	5,0	21,7	74,1	897

[1] As necessidades não satisfeitas para espaçar os nascimentos concernem as mulheres grávidas na altura da entrevista, cuja gravidez não aconteceu no momento desejado, as mulheres em amenorreia que não utilizam um método contraceptivo e cujo último nascimento não ocorreu no momento desejado e as mulheres fecundadas que não estavam grávidas, nem em amenorreia que não utilizam um método contraceptivo e que declararam querer esperar o próximo nascimento, de dois anos ou mais. Igualmente foram incluídas no efectivo com necessidades não satisfeitas para espaçar, as mulheres fecundas que não utilizam actualmente um método de planeamento familiar e que são indecisas quanto ao desejo de ter um outro filho ou que desejam um outro filho, mas não sabem o momento, a menos que disseram que não seria um problema, caso ficariam grávidas dentro de algumas semanas. As necessidades não satisfeitas para limitar os nascimentos concernem as mulheres grávidas que não desejam a gravidez, as mulheres em amenorreia que não utilizam um método de planeamento familiar cujo ultimo filho não foi desejado e que não querem mais filhos e as mulheres fecundas que não estavam grávidas, nem em amenorreia, que não utilizam um método de planeamento familiar e que declararam não desejar mais um outro filho. Foram excluídas do efectivo, as mulheres grávidas ou em amenorreia e que engravidaram enquanto utilizavam um método (essas mulheres precisam de um melhor método contraceptivo).
[2] A utilização para espaçar os nascimentos concerne as mulheres que utilizam actualmente um método contraceptivo e que declararam querer um outro filho ou que são indecisas. A utilização para limitar os nascimentos concerne as mulheres que utilizam actualmente um método contraceptivo e que disseram não desejar um filho suplementar. È de notar que não foram levados em consideração aqui, os métodos específicos utilizados.
( ) Casos de efectivos não ponderados entre 25 e 49.

No total das mulheres, consta-se que as necessidades não satisfeitas são mais importantes no meio urbano que no meio rural (28 % contra 24 %); ao contrario, a demanda potencial total é mais importante no meio rural que no urbano (59 % contra 56 %). Nas mulheres não unidas, a demanda potencial total é mais importante no meio urbano.

Por região, os resultados mostram que a demanda potencial de serviços de planeamento familiar para o total das mulheres varia de um mínimo de 53 % na Região Sul para 60 % na Região do Príncipe. De entre as mulheres não unidas, constata-se igualmente que as proporções variam de menos de 19 % na Região Sul para 26 % na Região do Príncipe.

No que diz respeito ao nível de instrução, constata-se que as necessidades não satisfeitas em matéria de planeamento familiar em todas as mulheres são mais importantes entre as mulheres não instruídas (32 %) do que entre as mulheres com um nível primário (28 %), e secundário ou mais (22%). Nas mulheres não unidas, as necessidades em matéria de planeamento familiar varia de menos de 2 % entre as mulheres não instruídas para menos de 7 % entre as mulheres com um nível de instrução igual ou superior ao secundário. Enfim, observa-se variações marcantes das necessidades não satisfeitas de entre todas as mulheres segundo o nível socio-económico do agregado onde vive a mulher, com oscilações entre 22 % e 30 %. No que tange as mulheres não unidas, as necessidades não satisfeitas variam entre 3 % e 9 %.

7.3 NUMERO IDEAL DE FILHOS

O comportamento reprodutivo de uma mulher ou de um homem pode ser influenciado pela sua percepção do número ideal de filhos. Com o objectivo de conhecer este número ideal para as mulheres de STP, foi feito uma das seguintes perguntas a todos os inquiridos, durante a recolha de dados do IDS STP, segundo a situação de cada um no momento do inquérito:

- Às mulheres e aos homens que não têm filhos, perguntou-se: *Se pudesse escolher exactamente o número de filhos que teria em toda a sua vida, quantos gostaria de ter?*

- Às mulheres e aos homens que têm filhos, a pergunta foi formulada como se segue: *Se pudesse voltar atrás, para o tempo em que não tinha nenhum filho e se pudesse escolher o número de filhos para ter toda a vida, quantos desejaria ter?*

Essas perguntas, aparentemente simples, podem apresentar dificuldades, em particular para as mulheres e os homens que já têm filhos. Com efeito, devem se pronunciar sobre o número efectivo de filhos que desejariam ter, independentemente do número de filhos que já têm. Pois, pode ser difícil para um e para o outro de declarar o número ideal de filhos, inferior ao número de filhos que já tem.

Os resultados dessas perguntas figuram-se no quadro 7.4. Constata-se primeiramente que 2 % das mulheres e dos homens não conseguiram dar respostas numéricas e deram, neste caso, respostas aproximativas tais como « O que Deus me der », « Não sei », ou « Qualquer número ». Os dados mostram ainda que as mulheres de STP, pretendem ter uma família relativamente pouco numerosa. Com efeito, o número ideal de filhos é de 3,5 para o total das mulheres casadas/em união. Se analisarmos a distribuição dos tamanhos ideais declarados, ressalta-se que para 77 % das mulheres, o número ideal é se situa entre 2 e 4 filhos. Esta proporção varia de 8 % nas mulheres sem filho para 73 % nas que têm quatro filhos vivos. Nos homens de 15-49 anos, o número ideal de filhos é ligeiramente superior do que nas mulheres: é de 3,8 filhos para o total dos homens e atinge 4,5 filhos nos homens casados/em união. Esses resultados ponham em evidência um desejo de ter uma descendência não numerosa, tanto entre as mulheres como entre os homens.

Em geral, pode-se salientar uma correlação entre o número de filhos vivos e o número ideal de filhos. Com efeito, o número ideal de 2,8 filhos entre as mulheres sem filho, atinge 3,8 entre as que têm três filhos e atinge o máximo de 4,2 entre as que têm pelo menos seis filhos. Nas mulheres casadas/em união, este número ideal de filhos é respectivamente de 3,8, 3,8 e 4,2. No que refere-se aos homens de 15-49 anos, o tamanho ideal varia de 3,2 filhos nos que não têm filhos para 5,4 entre os que têm seis ou mais filhos. Considerando os homens em união, este tamanho passa de respectivamente 4,4 para 5,5 filhos.

Quadro 7.4 Número ideal de filhos

Distribuição percentual de mulheres e homens de 15-49 anos segundo o número ideal de filhos e número médio ideal de filhos para todas as mulheres e todos os homens e para as mulheres e os homens actualmente casados/em união por número de filhos vivos, IDS São Tomé e Príncipe 200-2009

Número ideal de filhos	Número de filhos vivos[1]							
	0	1	2	3	4	5	6+	Total
MULHERES[1]								
0	3,3	1,9	1,0	1,6	0,4	0,2	0,3	1,6
1	3,7	6,1	3,0	3,0	3,1	1,1	2,3	3,4
2	37,1	36,8	15,3	10,4	23,8	23,0	17,6	24,7
3	22,9	25,6	18,4	16,6	8,3	15,7	9,9	17,9
4	27,0	22,2	46,6	45,8	40,9	25,1	34,8	34,6
5	2,5	4,3	9,0	11,2	7,7	15,3	9,2	7,5
6+	2,0	2,4	4,8	9,6	14,7	18,3	21,3	8,6
Respostas não numéricas	1,5	0,7	1,8	1,8	1,0	1,5	4,6	1,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Efectivo	618	385	392	419	321	206	274	2 615
Número ideal médio de filhos para:[2]								
Todas as mulheres	2,8	2,9	3,6	3,8	3,8	4,1	4,2	3,5
Efectivo	609	383	385	411	317	202	261	2 570
Actualmente casadas/em união en union	(3,8)	3,0	3,6	3,8	3,8	4,1	4,2	3,7
Efectivo	46	278	318	356	280	181	229	1 689
HOMENS								
0	7,0	1,0	0,8	1,8	2,1	2,5	3,1	4,3
1	1,9	3,0	2,0	1,4	0,2	0,6	1,2	1,7
2	29,7	25,8	24,3	15,2	14,2	14,0	18,6	24,3
3	18,9	20,3	13,7	17,5	7,0	5,7	7,2	15,7
4	29,2	35,3	38,7	27,6	37,5	23,1	29,3	31,0
5	5,5	6,2	12,4	14,8	14,4	17,5	4,4	8,3
6+	6,0	6,9	8,1	19,5	19,4	34,3	31,5	12,5
Respostas não numéricas	1,8	1,5	0,0	2,3	5,2	2,3	4,6	2,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Efectivo	986	211	210	198	169	94	210	2 078
Número médio ideal de filhos nos homens de 15-49 para:[2]								
Total	3,2	3,7	3,7	4,3	4,7	5,2	5,4	3,8
Efectivo	969	208	210	193	160	92	200	2 032
Actualmente casados/em união	(4,4)	3,8	3,6	4,4	4,8	5,1	5,5	4,5
Efectivo	(35)	143	173	164	140	91	186	932
Número médio ideal de filhos nos homens de 15-59 para:[2]								
Total	3,2	3,7	3,7	4,3	4,6	5,1	5,5	4,0
Efectivo	970	211	217	199	189	108	304	2 234
Actualmente casados/em união	4,4	3,8	3,6	4,4	4,7	5,0	5,6	4,6
Efectivo	36	146	181	170	169	107	290	1 098

[1] Para as mulheres, o número de filhos vivos inclui a gravidez actual.
[2] As médias foram calculadas excluindo os homens e as mulheres que deram respostas não numéricas.
[3] O número de filhos vivos inclui um filho suplementar no caso da mulher entrevistada estar grávida (ou se uma das mulheres do entrevistado estar grávida, no caso de um homem que tem mais de uma mulher).
( ) Casos de efectivos não ponderados entre 25 e 49.

O quadro 7.5 apresenta as variações do número ideal de filhos segundo algumas características socio-demográficas. Como era de se esperar, o tamanho médio aumenta com a idade da mulher: de 2,7 filhos entre as mulheres de 15-19 anos, passa para 4,4 filhos nas mulheres de 45-49 anos. As diferenças entre o meio urbano (3,4 filhos) e o meio rural (3,6 filhos) não são salientes. De igual modo, o número ideal de filhos varia pouco segundo as regiões (entre 3,4 e 3,8 filhos) e o quintil de bem-estar económico (entre 3,2 e 3,6 filhos). Enfim, o número ideal de filhos varia segundo o nível de instrução: 4,2 filhos para as mulheres não instruídas e 3,1 para as de nível secundário ou mais.

7.4 PLANEAMENTO DOS NASCIMENTOS

Durante o IDS STP, fez-se às mulheres perguntas relativas a cada filho nascido vivo durante os últimos cinco anos e à gravidez actual (para a mulher grávida). Essas perguntas tinham por objectivo de determinar se a mulher desejou estar grávida naquele momento, se queria engravidar-se mais tarde, ou se ela não desejaria mais engravidar-se.

Tais perguntas exigem um esforço de concentração por parte da mulher, para se lembrar com exactidão dos seus desejos em um ou vários momentos exactos, durante os últimos cinco anos. Mais ainda, existe um risco de racionalização na medida em que, sempre, uma gravidez não desejada pode resultar no nascimento de uma criança cujo afecto dos pais é limitado.

O quadro 7.6 mostra que 48 % dos nascimentos ocorridos nos últimos cinco anos foram planeados (ou seja ocorreram no momento desejado). Em 30 % dos casos, as mulheres desejariam que o nascimento ocorresse mais tarde. Ao contrário, 21 % dos nascimentos não eram desejados. Constata-se que os nascimentos de ordem 1 a 3 foram mais desejados do que os de ordem 4 ou mais (respectivamente, 53 %, 56 % e 51 % contra 39 %).

Por conseguinte, é nas ordens de nascimento superiores a três que a proporção de gravidezes não desejadas é mais elevada (34 %). Os resultados segundo a idade mostram que a proporção de nascimentos não desejados aumenta com a idade da mulher, variando de 11 % aos 15-19 anos para 25 % aos 30-34 anos e 52 % aos 40-44 anos.

Quadro 7.5 Número ideal de filhos por características sociodemográficas

Número ideal médio de filhos para todas as mulheres de 15-49 anos, por algumas Características sociodemográficas, IDS São Tomé e Príncipe 2008-2009

Características sociodemográficas	Número ideal médio	Efectivo de mulheres[1]
Grupo etário		
15-19	2,7	545
20-24	3,2	454
25-29	3,5	445
30-34	3,6	394
35-39	3,9	258
40-44	4,0	275
45-49	4,4	198
Meio de residência		
Urbano	3,4	1 409
Rural	3,6	1 161
Região		
Região Centro	3,4	1 643
Região Sul	3,4	320
Região Norte	3,8	489
Região do Príncipe	3,5	119
Nível de instrução		
Nenhum	4,2	148
Primário	3,6	1 490
Secundário ou mais	3,1	932
Quintil de bem-estar económico		
O mais pobre	3,5	457
Segundo	3,6	500
Médio	3,5	468
Quatro	3,5	546
O mais rico	3,2	598
Total	3,5	2 570

[1] O quadro baseia-se nos efectivos de mulheres que deram respostas numéricas.

Quadro 7.6 Planeamento da fecundidade

Distribuição percentual dos nascimentos ocorridos nos últimos cinco anos anteriores ao inquérito (incluindo a gravidez actual) segundo o planeamento da gravidez, por ordem de nascimento, a idade da mãe ao nascimento, IDS São Tomé e Príncipe 200-2009

Ordem de nascimento e idade da mãe ao nascimento	Estatuto do nascimento: Desejado no momento	Desejado mais tarde	Não desejado	Sem informação	Total	Efectivo de nascimentos
Ordem de nascimento						
1	52,7	33,6	11,3	2,4	100,0	447
2	56,3	33,4	8,9	1,4	100,0	402
3	50,7	30,9	17,9	0,5	100,0	406
4+	39,4	24,9	33,5	2,3	100,0	800
Idade da mãe ao nascimento						
<20	47,5	37,6	11,1	3,8	100,0	323
20-24	50,8	36,7	11,9	0,5	100,0	534
25-29	53,1	26,4	19,7	0,8	100,0	500
30-34	45,8	25,2	27,3	1,7	100,0	340
35-39	42,0	22,4	32,4	3,2	100,0	251
40-44	30,6	15,4	52,2	1,8	100,0	102
45-49	*	*	*	*	100,0	5
Total	47,8	29,6	20,8	1,8	100,0	2 055

O quadro 7.7 e o gráfico 7.2 comparam o Índice Sintético de Fecundidade Desejada (ISFD) ao Índice Sintético de Fecundidade actual (ISF). Os procedimentos de cálculo desses indicadores são quase idênticos, mas para o cálculo do ISFD, os nascimentos não desejados não figuram no numerador. Por isso, o ISFD representa o nível de fecundidade dos três anos que precederam o inquérito se todos os nascimentos não desejados tivessem sido evitados. A diferença observada entre os dois índices permite determinar o efeito potencial que teria conseguido um programa de planeamento familiar sobre a redução da fecundidade.

Teoricamente, o ISFD deveria ser um melhor índice da fecundidade desejada que a resposta à pergunta sobre o número ideal de filhos. Este índice é mais próximo da realidade do que a resposta à pergunta sobre o número ideal de filhos. É mais real, visto que as respostas das mulheres inquiridas levam em conta a repartição segundo o sexo e a idade dos filhos já nascidos e sobreviventes. As respostas à pergunta sobre o número total de filhos desejados, referem-se, pelo contrário, aos filhos ainda vivos e podem dar a percepção de uma distribuição ideal entre os dois sexos.

Quadro 7.7 Taxa de fecundidade desejada

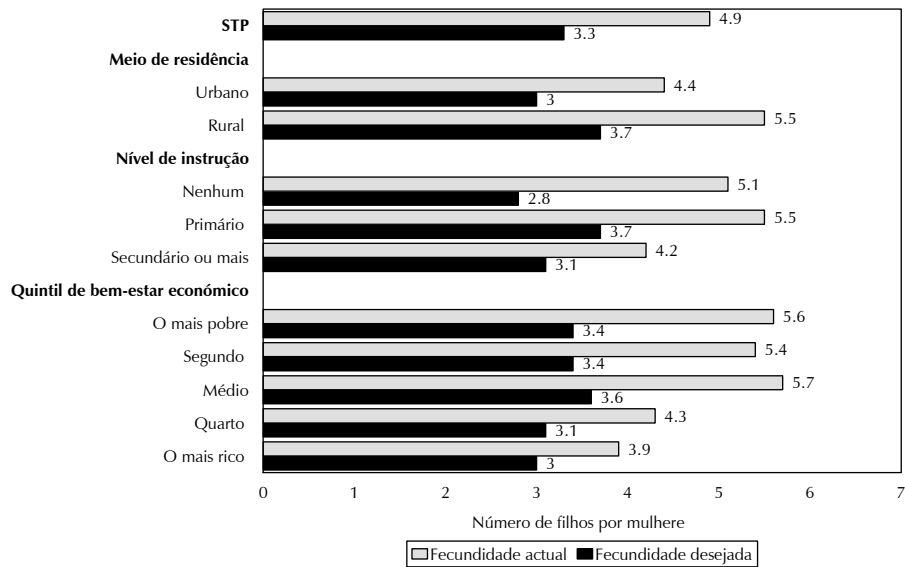
Índice Sintético de Fecundidade Desejada (ISFD) e Índice Sintético de Fecundidade (ISF) para os três anos anteriores ao inquérito, por algumas características sociodemográficas, IDS São Tomé e Príncipe 200-2009

Características sociodemográficas	Taxa de Fecundidade Desejada (ISFD)	Taxa de Fecundidade (ISF)
Meio de residência		
Urbano	3,0	4,4
Rural	3,7	5,5
Região		
Região Centro	3,1	4,6
Região Sul	3,5	5,4
Região Norte	3,7	5,7
Região do Príncipe	3,4	5,0
Nível de instrução		
Nenhum	2,8	5,1
Primário	3,7	5,5
Secundário ou mais	3,1	4,2
Quintil de bem-estar económico		
O mais pobre	3,4	5,6
Segundo	3,4	5,4
Médio	3,6	5,7
Quatro	3,1	4,3
O mais rico	3,0	3,9
Total	3,3	4,9

Deve-se ainda salientar uma outra diferença entre os dois indicadores; o ISFD considera a fecundidade observada como ponto de partida e, por conseguinte, nunca pode ser superior ao ISF, contrariamente ao número ideal de filhos desejados que pode ser superior ao número de filhos já nascidos.

Se todos os nascimentos não desejados fossem evitados, o ISF das mulheres de STP seria de 3,3 ao invés de 4,9 filhos. Isto deixa pressupor que um terço dos casais de STP (33 %) não consegue ainda planear o número de filhos desejados. No que tange as variações segundo as características socio-económicas, constata-se que o ISFD varia da mesma maneira que o ISF.

Gráfico 7.2 Índice Sintético de Fecundidade e Índice Sintético de Fecundidade Desejada por características seleccionadas

IDS STP 2008-2009

SAÚDE REPRODUTIVA 8

O Inquérito Demográfico e Sanitário de São Tomé e Príncipe permitiu recolher informações detalhadas sobre a saúde reprodutiva. Estas informações referem-se aos cuidados pré-natais e pós-natais, as condições do parto, assim como os principais problemas de acesso aos cuidados de saúde aos quais as mulheres se têm confrontado.

8.1 CUIDADOS PRÉ-NATAIS

As consultas pré-natais permitem prevenir os riscos e as complicações durante a gravidez e o parto, nomeadamente a anemia, a pré-eclâmpsia, as infecções sexualmente transmissíveis e a transmissão do HIV/sida. Essas consultas permitem desta forma reduzir o risco de morte da mãe e do recém-nascido. Durante o IDS-STP, perguntou-se às mulheres se elas fizeram uma consulta de pré-natal, durante a sua última gravidez ocorrida nos últimos cinco anos e que resultaram num nado vivo.

O quadro 8.1 apresenta a distribuição percentual de mulheres que tiveram filhos nascidos vivos nos cinco anos anteriores ao inquérito, segundo o tipo de profissional que prestou assistência durante a gravidez do último filho, por algumas características sócio-demográficas das mulheres inquiridas e por tipo de profissional de saúde que prestou assistência à mãe durante a gravidez. Durante o IDS-STP, registaram-se todas as categorias de profissionais de saúde consultados pela mãe durante a gravidez. Todavia, quando vários foram consultados, apenas o agente de saúde mais qualificado foi considerado.

Em geral, pode-se constatar que quase todas as mulheres (98%) tiveram consultas pré-natais, prestadas por pessoal qualificado, nomeadamente médicos, enfermeiros/enfermeira parteira, enfermeira auxiliar.

As consultas foram realizadas principalmente por enfermeiras ou enfermeiras parteiras (84%), médicos (13%) e, numa proporção inferior a 1%, por enfermeiras auxiliares.

A proporção de mulheres que recebem durante a gravidez cuidados pré-natais por pessoal qualificado, apresenta muito poucas diferenças por características sócio-demográficas. Contudo, a proporção de mulheres que receberam cuidados pré-natais de um médico, varia de acordo com o local de residência, a região, o nível de instrução e o bem-estar económico.

Na verdade, a proporção de mulheres que fizeram uma consulta pré-natal prestada por um médico é maior nas áreas urbanas (20%) do que nas áreas rural (7%). As variações são também significativas de acordo com o nível de instrução. Com efeito, entre as mulheres sem instrução, 4% fez consultas pré-natais com um médico, enquanto é respectivamente de 11% e 20% entre aquelas do nível primário e secundário ou mais. A proporção de mulheres que receberam cuidados pré-natais de um médico varia de 7% nas categorias populacionais mais pobres para 24% nas categorias mais ricas.

Os resultados do inquérito põem também em evidência grandes disparidades entre as regiões. É na Região Centro que se encontra a maior proporção de mulheres que consultaram um médico (16%). As menores taxas foram observadas na Região Sul (2%) e na Região do Príncipe (1%). Constatamos também que a proporção de mulheres que fizeram consultas pré-natais com um médico diminuem ligeiramente com a ordem de nascimento, sendo de 15% entre as primíparas e 9% entre os entre os nascimentos de ordem 6 ou mais.

Quadro 8.1 Cuidados do pré-natal

Distribuição percentual de mulheres de 15-49 anos que tiveram filhos nascidos vivos nos cinco anos anteriores ao inquérito, segundo o tipo de profissional que prestou assistência durante a gravidez do último filho, e percentagem de nascimentos mais recentes para os quais as mães fizeram o pré-natal com um profissional de saúde, por características sociodemográficas, IDS São Tome Príncipe 2008-2009

Características sociodemográficas	Médico	Enfermeira/ Enfermeira parteira	Enfermeira auxiliar	Ninguém	Sem informação	Total	Percentagem que fiz o pré-natal com um profissional de saúde[1]	Efectivo de mulheres
Idade da mãe ao nascimento do filho								
<20	13,1	86,1	0,3	0,0	0,6	100,0	99,4	186
20-34	12,4	85,5	0,4	0,8	1,0	100,0	98,2	930
35-49	15,6	79,5	0,8	1,0	3,1	100,0	96,0	270
Ordem de nascimento								
1	15,2	84,3	0,1	0,0	0,4	100,0	99,6	278
2-3	13,2	84,9	0,7	0,6	0,6	100,0	98,8	527
4-5	14,0	82,3	0,1	1,2	2,4	100,0	96,4	360
6+	8,7	86,6	0,9	1,4	2,5	100,0	96,1	221
Meio de residência								
Urbano	19,8	78,1	0,5	0,5	1,1	100,0	98,4	684
Rural	6,6	90,5	0,4	1,0	1,6	100,0	97,5	703
Região								
Região Centro	16,5	80,2	0,6	0,8	1,9	100,0	97,3	834
Região Sul	1,8	96,1	0,4	1,5	0,2	100,0	98,3	187
Região Norte	13,0	85,9	0,0	0,2	0,8	100,0	99,0	302
Região do Príncipe	1,4	97,9	0,4	0,4	0,0	100,0	99,6	63
Nível de instrução								
Nenhum	3,8	89,7	0,0	4,1	2,4	100,0	93,5	69
Primário	11,3	86,7	0,4	0,8	0,9	100,0	98,3	953
Secundário ou mais	19,6	77,4	0,7	0,0	2,3	100,0	97,7	365
Quintil de bem-estar económico								
O mais pobre	7,1	88,6	0,9	1,9	1,5	100,0	96,6	282
Segundo	8,2	88,9	0,0	1,1	1,8	100,0	97,1	298
Médio	14,3	85,6	0,0	0,1	0,0	100,0	99,9	290
Quarto	13,6	84,1	0,1	0,5	1,7	100,0	97,8	274
O mais rico	24,0	72,8	1,4	0,0	1,7	100,0	98,3	242
Total	13,1	84,4	0,5	0,7	1,3	100,0	97,9	1 386

Nota: Se mais de um profissional de saúde foi declarado, somente o mais qualificado foi considerado nesse quadro.
[1] É considerado médico, enfermeira parteira, enfermeira, e enfermeira auxiliar.

Para serem eficazes, os cuidados pré-natais devem ser efectuados numa fase precoce da gravidez, e sobretudo devem continuar com alguma regularidade até o parto. A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda pelo menos quatro consultas pré-natais, em intervalos regulares durante a gravidez. O quadro 8.2 apresenta os dados sobre o número de consultas pré-natais realizadas pelas mulheres grávidas e a idade gestacional na primeira consulta. Mais de sete em cada dez mulheres (72%) fizeram pelo menos as quatro consultas recomendadas. Além disso, 15% fizeram duas ou três consultas pré-natais, 4% fizeram apenas uma, e menos de 1% das mulheres grávidas não fizeram nenhuma consulta.

A proporção de mulheres que fizeram o número recomendado de consultas é maior nas áreas urbanas (76%) do que rurais (69%).

Quadro 8.2 Assistência no pré-natal por número de consultas e idade gestacional na primeira consulta

Distribuição percentual de mulheres de 15-49 anos que tiveram filhos nascidos vivos nos cinco anos anteriores ao inquérito e que fizeram o pré-natal do último filho nascido vivo, segundo o número de consultas e idade gestacional na primeira consulta, e entre as mulheres que fizeram o pré-natal, o número mediano de meses de gravidez na primeira consulta, por meio de residência, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

Consultas do pré-natal	Meio de residência		Total
	Urbano	Rural	
Número de consultas do pré-natal			
Nenhuma	0,5	1,0	0,7
1	1,8	6,8	4,3
2-3	14,1	16,1	15,1
4+	75,9	68,9	72,4
NS/	7,6	7,3	7,4
Total	100,0	100,0	100,0
Número de meses de gravidez na primeira consulta pré-natal			
Nenhum cuidado do pré-natal	0,5	1,0	0,7
<4	55,8	45,5	50,5
4-5	28,2	34,1	31,2
6-7	10,3	13,2	11,7
8+	1,5	1,5	1,5
NS/sem informação	3,8	4,8	4,3
Total	100,0	100,0	100,0
Efectivo de mulheres	684	703	1 386
Número mediano de meses de gravidez na primeira consulta (para as que fizeram cuidados do pré-natal)	3,7	4,1	3,9
Total de mulheres com consultas do pré-natal	673	685	1 357

Na fase da gravidez em que ocorreu a primeira consulta, verificou-se que mais da metade das mulheres (51%) fizeram a sua primeira consulta com menos de quatro meses de gravidez. Em 12% dos casos, as mulheres fizeram a primeira visita pré-natal entre 4-5 meses de gestação; para 28% delas, a primeira visita ocorreu relativamente muito tarde (entre 6 e 7 meses de gravidez). Por último, em menos de 2% dos casos, as mulheres esperaram até os últimos meses da gravidez, para realizar a primeira consulta pré-natal. O número mediano de meses de gestação na primeira consulta é de 3,9. Este valor é menor no meio urbano do que no meio rural (3,7 meses, contra 4,1).

8.1.1 Componentes dos cuidados pré-natais

Para avaliar a eficácia da assistência pré-natal recebida, o IDS-STP recolheu dados sobre os tipos de exames realizados: a medição do peso e tamanho, a verificação da pressão arterial, os exames de urina e sangue, os cuidados recebidos, incluindo a vacina contra o tétano, a administração de complemento de ferro-folato, de anti-palúdicos e aconselhamentos às mulheres durante as consultas. Perguntou-se também às mulheres, se elas tinham sido informadas sobre os sinais reveladores de complicações da gravidez.

Os resultados globais indicam que 66% das mulheres foram informadas sobre os sinais de complicações na gravidez (quadro 8.3). Esta percentagem varia em função do local de residência e da região. As mulheres eram significativamente mais conhecedores na Região do Príncipe (98%) do que nas outras três regiões (Norte: 69%, Sul: 64% e Centro: 63%). As mulheres residentes nas áreas rurais estavam bem mais informadas (74%) do que as das áreas urbanas (58%).

Quadro 8.3 Exames realizados e medicação recebida durante o controlo pré-natal

Entre as mulheres de 15-49 anos que tiveram filhos nos cinco anos anteriores ao inquérito, percentagem que recebeu complemento de ferro sob forma de xarope ou comprimido, medicamentos contra as parasitas intestinais e entre as mulheres que fizeram consultas do pré-natal na gravidez do último filho nos últimos cinco anos, percentagem que foi informada dos sinais/sintomas de complicação na gravidez, percentagem que fez alguns exames, por características sociodemográficas, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

	Entre as mulheres que tiveram filhos nos cinco anos anteriores ao inquérito, percentagem que recebeu durante a gravidez do último filho nascido vivo:			Entre as mulheres que receberam cuidados do pré-natal durante a gravidez do último filho nascido vivo nos últimos cinco anos anteriores ao inquérito, percentagem que fez alguns exames:				
Características sociodemográficas	Complemento de ferro sob forma de xarope ou comprimido	Medicamentos contra as parasitas intestinais	Efectivo de mulheres que tiveram filhos nos cinco	Foi informada dos sinais/ sintomas de complicação na gravidez	Peso medido	Tensão arterial Medida	Urina recolhida	Efectivo de mulheres que fizeram consultas de pré-natal para o nascimento mais recente
Idade da mãe ao nascimento do filho								
<20	95,3	55,1	186	64,8	100,0	99,4	90,5	185
20-34	91,1	50,8	930	65,1	100,0	100,0	94,6	913
35-49	86,5	54,0	270	71,2	99,6	99,6	93,1	259
Ordem de nascimento								
1	92,9	51,6	278	63,8	100,0	99,6	93,8	277
2-3	92,7	51,6	527	62,1	99,9	99,9	95,0	521
4-5	87,6	53,7	360	70,5	99,7	99,7	93,5	347
6+	88,4	50,4	221	72,3	100,0	100,0	90,9	213
Meio de residência								
Urbano	88,8	54,7	684	58,0	99,8	99,8	94,3	673
Rural	92,6	49,3	703	74,2	100,0	99,8	93,2	685
Região								
Região Centro	88,2	49,8	834	63,1	99,9	99,7	98,3	812
Região Sul	95,7	47,9	187	63,9	99,8	99,8	71,0	183
Região Norte	93,5	51,7	302	69,2	100,0	100,0	94,3	299
Região do Príncipe	97,0	93,7	63	97,7	100,0	100,0	98,7	63
Nível de instrução								
Nenhum	91,2	40,9	69	68,7	100,0	100,0	77,2	64
Primário	92,3	50,8	953	67,0	99,9	99,7	93,5	937
Secundário ou mais	86,5	57,0	365	63,7	100,0	100,0	97,2	356
Quintil de bem-estar económico								
O mais pobre	89,4	48,1	282	69,8	100,0	100,0	91,0	273
Segundo	92,2	49,6	298	62,6	100,0	100,0	93,2	290
Médio	93,8	50,9	290	71,1	99,9	99,5	91,7	289
Quarto	87,9	56,5	274	61,5	99,6	99,6	94,8	268
O mais rico	90,0	55,5	242	65,7	100,0	100,0	98,6	238
Total	90,7	52,0	1 386	66,2	99,9	99,8	93,7	1 357

Além disso, a proporção de mulheres informadas aumenta com a idade. Assim, a proporção varia de 65% entre as mulheres mais jovens para 71% entre aqueles com idade entre 35-48 anos. Esta proporção aumenta normalmente com a ordem de nascimento, variando de 62% nos nascimentos de ordem 2-3 para 72% nos nascimentos de ordem 6 ou mais.

Notou-se que a medição de peso, o controlo da pressão arterial e o exame de urina foram efectuados por profissionais de saúde em praticamente todas as mulheres que fizeram as consultas pré-natais para o nascimento mais recentemente (respectivamente 100%, 100% e 94%). Além disso, durante essas consultas pré-natais, nota-se que mais de nove em cada dez mulheres (91%) receberam complementos de ferro (comprimido ou xarope).

Por outro lado, um pouco mais de uma em cada duas mulheres (52%) recebeu medicamentos contra parasitas intestinais. Os resultados também mostram disparidades por região, área de residência, nível de escolaridade e quintil de bem-estar económico. A proporção de mulheres que receberam medicamentos contra as parasitas intestinais é maior nas áreas urbanas do que nas zonas rurais (55% contra 49%). Nas regiões, constatou-se que são as mulheres que residem na Região do Príncipe (94%) que foram tratadas com mais frequência. Em contrapartida, na Região Sul, essa proporção é de apenas 48%. Além disso, a proporção de mulheres que receberam um tratamento contra as parasitas intestinais, aumenta com o nível de bem-estar económico, variando de 48% entre as mais pobres, para 57% entre as mulheres do quarto quintil e 56% entre as mais ricas. Da mesma forma, os antiparasitários foram mais frequentemente administrados às mulheres instruídas, nomeadamente as do nível secundário ou mais (47%) do que às mulheres sem instrução (41%).

8.1.2 Vacina anti-tetânica

Na maioria dos países em desenvolvimento, o tétano neonatal é uma das principais causas de morte dos recém-nascidos. A vacina contra o tétano reduz o risco de mortalidade infantil. A vacina anti-tetânnica feita à mãe durante a gravidez permite não só protegê-la, como também proteger a criança contra o tétano. Para ser imunizada, uma mulher grávida deveria receber pelo menos duas doses da vacina durante a gravidez. No entanto, se já tiver sido vacinada, por exemplo, durante uma gravidez anterior, uma única dose (reforço) é necessária.

Os resultados do quadro 8.4 mostram que 52% das mulheres que deram à luz durante os cinco anos anteriores ao inquérito, receberam duas ou mais doses de vacina anti-tetânica durante a sua última gravidez. No entanto, existem diferenças por nível de escolaridade, meio de residência e região de residência. Observa-se que as mulheres mais pobres, menos escolarizados e das zonas rurais foram menos frequentemente protegidas contra o tétano. Com efeito, apenas 45% das mulheres sem instrução contra 60% daquelas com o nível secundário ou mais receberam duas doses ou mais. A cobertura vacinal das mulheres urbanas é superior a das mulheres do meio rural (58% contra 47%). Nas regiões, verificou-se as mulheres que residem na Região do Príncipe (94%) foram vacinadas com mais frequência. Em contrapartida, na Região Sul, a percentagem é de apenas 39%.

Quadro 8.4 Vacinação anti-tetânica

Entre as mulheres de 15-49 anos que tiveram filhos nascidos vivos nos cinco anos anteriores ao inquérito, percentagem que recebeu pelo menos duas doses de vacina anti-tetânica durante a gravidez do último filho nascido vivo, e percentagem cujo último nascimento vivo foi protegido contra o tétano, por características sociodemográficas, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

Características sociodemográficas	Percentagem que recebeu pelo menos duas doses de vacina anti-tetânica durante a última gravidez	Percentagem cujo último filho nascido vivo foi protegido contra o tétano néonatal[1]	Efectivo de mães
Idade da mãe ao nascimento do filho			
<20	74,9	86,7	186
20-34	49,5	81,3	930
35-49	46,3	76,5	270
Ordem de nascimento			
1	85,7	89,8	278
2-3	47,1	80,9	527
4-5	40,5	78,9	360
6+	42,0	74,1	221
Meio de residência			
Urbano	58,2	83,7	684
Rural	46,5	78,5	703
Região			
Região Centro	53,6	81,2	834
Região Sul	38,6	76,0	187
Região Norte	48,6	81,3	302
Região do Príncipe	93,6	93,6	63
Nível de instrução			
Nenhum	45,4	78,1	69
Primário	49,9	81,4	953
Secundário ou mais	59,9	80,8	365
Quintil de bem-estar económico			
O mais pobre	49,0	77,1	282
Segundo	50,7	81,0	298
Médio	47,1	80,9	290
Quarto	59,4	83,6	274
O mais rico	56,2	83,1	242
Total	52,3	81,1	1 386

[1] Inclui mães que tinham recebido duas injecções de vacina anti-tetânica durante a última gravidez do filho mais novo ou, pelo menos duas doses (sendo a última dose nos três anos precedentes o último nascimento) ou, pelo menos três injecções (sendo a última nos cinco anos anteriores ao nascimento do filho mais recente) ou pelo menos quatro doses (a última feita nos dez anos anteriores ao último nascimento) ou pelo menos cinco doses recebidas antes do último nascimento.

Além disso, existem diferenças significativas se se considerar a idade da mãe na altura do nascimento da criança e a ordem de nascimento. São as mães jovens que têm a cobertura vacinal antitetânica mais elevada: 75% para aquelas com menos de 20 anos, 50% e 46% respectivamente, para aquelas com idade 20-34 anos e 35-49 anos. Notou-se que são os nascimentos da primeira ordem que são os mais protegidos contra o tétano: a cobertura vacinal é de 86% na ordem 1, e apenas 41% na ordem 4 ou mais.

Por último, deve notar-se que mais de oito em cada dez mulheres (81%) tiveram o último filho protegido contra o tétano neonatal. As maiores proporções encontram-se entre as mulheres residentes nas áreas urbanas (84%), na Região do Príncipe (94%), as mulheres mais jovens (87%) e entre os nascimentos de ordem 1 (90 %).

8.2 PARTO

8.2.1 Local do parto

O quadro 8.5 mostra que entre os nascimentos ocorridos durante os cinco anos anteriores ao inquérito, 79% aconteceu num estabelecimento de saúde, geralmente do sector público. O sector privado representa apenas 0,2%. Cerca de 19% dos nascimentos ocorreu em casa. A situação nas zonas rurais é muito mais preocupante do que nas zonas urbanas, onde 12% dos nascimentos ocorrereu a domicilio, contra 25% nas zonas rurais, e que em contrapartida, quase nove em cada dez nascimentos (86%) ocorreu num estabelecimento de saúde, contra 72% nas zonas rurais.

Quadro 8.5 Local do parto

Distribuição percentual dos nascidos vivos nos cinco anos anteriores ao inquérito, segundo o local do parto, por algumas características sociodemográficas, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

	Estabelecimento de saúde							
Características sociodemográficas	Sector público	Sector privado	Domicilio	Outro	Sem informação	Total	Percentagem de nascimentos ocorridos num Estabelecimento de saúde	Efectivo de nascimentos
Idade da mãe ao nascimento do filho								
<20	82,9	0,0	12,2	0,3	4,7	100,0	82,9	287
20-34	77,8	0,3	20,8	0,2	0,9	100,0	78,1	1 219
35-49	77,6	0,0	18,3	0,7	3,5	100,0	77,6	327
Ordem de nascimento[1]								
1	91,1	0,0	5,9	0,0	3,0	100,0	91,1	394
2-3	79,0	0,3	19,3	0,5	1,0	100,0	79,3	715
4-5	74,0	0,3	23,5	0,0	2,1	100,0	74,4	453
6+	66,7	0,0	29,7	0,9	2,7	100,0	66,7	271
Meio de residência								
Urbano	86,0	0,0	12,2	0,4	1,4	100,0	86,0	890
Rural	71,6	0,4	25,4	0,3	2,4	100,0	71,9	943
Região								
Região Centro	81,8	0,3	15,1	0,3	2,5	100,0	82,1	1 085
Região Sul	69,4	0,0	29,6	0,6	0,5	100,0	69,4	240
Região Norte	75,1	0,0	22,9	0,2	1,8	100,0	75,1	423
Região do Príncipe	80,3	0,4	19,0	0,4	0,0	100,0	80,6	86
Nível de instrução da mãe								
Nenhum	68,8	0,0	28,0	0,0	3,2	100,0	68,8	100
Primário	76,5	0,1	21,9	0,3	1,2	100,0	76,6	1 268
Secundário ou mais	86,4	0,3	9,0	0,4	3,8	100,0	86,7	466
Consultas do pré-natal								
Nenhuma	29,2	0,0	70,8	0,0	0,0	100,0	29,2	10
1-3	67,9	0,0	31,9	0,2	0,0	100,0	67,9	269
4+	84,1	0,3	15,2	0,3	0,1	100,0	84,4	1 003
NS/Sem informação	74,1	0,0	13,3	2,4	10,2	100,0	74,1	103
Quintil de bem-estar económico								
O mais pobre	68,6	0,4	29,0	0,3	1,7	100,0	69,0	386
Segundo	69,6	0,0	27,8	0,4	2,2	100,0	69,6	402
Médio	82,3	0,0	15,4	0,1	2,2	100,0	82,3	393
Quarto	86,6	0,1	10,8	0,8	1,7	100,0	86,7	350
O mais rico	89,1	0,5	8,5	0,0	1,9	100,0	89,6	304
Total	78,6	0,2	19,0	0,3	1,9	100,0	78,8	1 834

[1] Concerne somente o nascimento mais recente ocorrido nos cinco anos precedentes o inquérito.

A nível das regiões, nota-se que as do Centro e do Príncipe têm os níveis mais elevados (respectivamente 82% e 81%). Por outro lado, a proporção de nascimentos ocorridos nos estabelecimentos de saúde varia de acordo com bem-estar económico e o nível de instrução da mãe, a ordem de nascimento e idade da mãe no nascimento do filho. Quanto mais rico for o agregado, maior é a proporção que tem o parto num estabelecimento de saúde: a proporção de nascimento num estabelecimento de saúde é de 90% entre as mulheres mais ricas, enquanto é de 69% entre as mais pobres. O nível de instrução da mãe aumenta a probabilidade de dar à luz num estabelecimento de saúde. Na verdade, a proporção de nascimentos ocorridos num estabelecimento de saúde subiu de 69% nas mulheres sem instrução, para 87% entre aquelas com o nivel do secundário ou mais.

Além disso, o local do parto varia de acordo com a ordem de nascimento da criança e a idade da mãe na altura do nascimento. Os nascimentos da primeira ordem ocorrem em 91% dos casos, num estabelecimento de saúde, os de ordem 4-5 em 74% e os de ordem 6 e mais em 67%. Se considerarmos as consultas pré-natais, sobressaiu que sete em cada dez nascimentos (71%) ocorreram a domicilio quando não foram precedidos de consultas pré-natais.

8.2.2 Assistência durante o parto

A análise dos dados do quadro 8.6 mostra que 82% dos nascimentos ocorreu com o auxílio de pessoal especializado, sobretudo enfermeiras parteiras e enfermeiras (73%). Em apenas 8% dos casos, os médicos assistiram os partos.

A análise dos dados por características sócio-demográficas da mãe (quadro 8.6) põe em evidência o mesmo tipo de variações observadas relativamente aos cuidados pré-natais e ao local do parto. A proporção de mulheres cujo parto foi assistido por pessoal de saúde aumentou com a melhoria do bem-estar da família, variando de 74% entre as mulheres dos agregados mais pobres, para 85% entre as mulheres dos agregados do quintil médio, e atinge um máximo de 93% entre as mulheres do quintil mais rico. É também de salientar que a proporção de partos assitidos por pessoal qualificado aumenta com o nível de instrução da mãe, variando de 73% entre as mulheres sem instrução, para 80% entre as detentoras do nível primário e 88% entre as do secundário ou mais. Como era de esperar, as mulheres rurais (75%) foram menos frequentemente assistidas por pessoal qualificado durante o parto, do que as mulheres das áreas urbanas (88%). Os resultados não mostram diferenças significativas entre as regiões: são as mulheres da Região Centro (85%) que foram mais frequentemente assistidas por pessoal qualificado durante o parto. A situação é menos favorável nas outras regiões, nomeadamente na Região Sul, onde 75% das mulheres foram assistidas por pessoal qualificado.

Ainda, os resultados do quadro 8.6 mostram que os partos de mães mais jovens e os nascimentos da primeira ordem foram mais frequentemente assistidos por profissionais de saúde (respectivamente 86% e 92%).

Além disso, em 5% dos casos, as mulheres deram à luz por cesariana. O recurso a esta prática é mais comum para os nascimentos de ordem 2-5 (6%) e entre as mulheres que deram à luz antes dos 20 anos e aquelas com idade situada entre os 35-49 anos (6%). Não é surpreendente que a proporção de mulheres que deram à luz por cesariana foi maior nos estabelecimentos de saúde (7%) e entre as mulheres com o nível de ensino secundário ou mais (7%). Observa-se também que a proporção de mulheres submetidas à cesariana aumenta das famílias mais pobres às mais ricas, variando de 3% para 9%. Por último, importa referir que, na Região Centro (6%), a proporção de mulheres com uma cesariana é ligeiramente superior ao nível nacional (5%).

Quadro 8.6 Assistência durante o parto

Distribuição percentual dos nascidos vivos nos cinco anos anteriores ao inquérito, segundo o profissional que prestou assistência durante o parto, percentagem de nascimentos assistidos por um profissional de saúde, e percentagem de partos por cesariana, por características sociodemográficas, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

Características sociodemográficas	Pessoa que assistiu o parto: Médico	Enfermeira/ Enfermeira parteira	Enfermeira auxiliar/	Parteira tradicional	Parente/ Outra	Ninguém	NS/ sem informação	Total	Percentagem de nascimentos assistidos por um profissional de saúde	Percentagem de partos por cesariana	Efectivo de nascimentos
Idade da mãe ao nascimento do filho											
<20	7,7	77,1	0,9	7,8	1,4	0,3	4,8	100,0	85,7	5,8	287
20-34	7,1	73,3	1,2	14,4	2,8	0,2	1,0	100,0	81,6	4,9	1 219
35-49	9,0	69,1	0,5	14,8	2,7	0,0	3,9	100,0	78,6	6,2	327
Ordem de nascimento											
1	8,4	83,2	0,9	4,0	0,4	0,2	3,0	100,0	92,4	5,3	394
2-3	8,1	74,0	1,1	12,5	2,9	0,3	1,1	100,0	83,1	5,7	715
4-5	8,5	68,0	1,4	16,5	3,3	0,0	2,3	100,0	77,9	5,7	453
6+	3,3	64,9	0,5	24,5	3,6	0,0	3,2	100,0	68,7	3,6	271
Local do parto											
Estabelecimento de saúde	9,6	89,6	0,3	0,3	0,2	0,1	0,0	100,0	99,5	6,7	1 444
Outro	0,0	12,8	4,0	68,4	12,8	0,5	1,4	100,0	16,9	0,0	354
Sem informação	0,0	5,5	0,0	0,0	0,0	0,0	94,5	100,0	5,5	0,0	36
Meio de residência											
Urbano	8,8	79,1	0,8	8,0	1,9	0,1	1,3	100,0	88,7	6,5	890
Rural	6,3	67,6	1,2	18,6	3,2	0,2	2,9	100,0	75,1	4,2	943
Região											
Região Centro	7,5	76,0	0,9	10,4	2,4	0,2	2,5	100,0	84,5	5,8	1 085
Região Sul	4,7	69,8	0,5	21,3	2,2	0,0	1,5	100,0	75,0	5,3	240
Região Norte	10,2	66,6	1,6	16,1	3,5	0,2	1,8	100,0	78,4	4,5	423
Região do Príncipe	2,3	78,1	1,0	17,3	1,4	0,0	0,0	100,0	81,4	2,7	86
Nível de instrução da mãe											
Nenhum	2,8	70,6	0,0	22,3	0,2	0,0	4,1	100,0	73,4	2,9	100
Primário	6,9	71,9	1,3	15,3	3,0	0,2	1,4	100,0	80,1	4,9	1 268
Secundário ou mais	10,4	77,0	0,6	6,5	1,9	0,0	3,6	100,0	88,0	6,8	466
Quintil de bem-estar económico											
O mais pobre	4,8	67,2	1,5	21,0	3,4	0,0	2,0	100,0	73,6	2,7	386
Segundo	7,8	64,4	1,0	20,1	4,3	0,0	2,4	100,0	73,2	4,7	402
Médio	6,8	77,0	1,0	11,5	1,4	0,5	1,8	100,0	84,8	5,5	393
Quarto	8,3	77,6	1,4	7,5	2,6	0,2	2,4	100,0	87,3	5,8	350
O mais rico	10,8	82,0	0,0	4,4	0,8	0,0	1,9	100,0	92,9	8,6	304
Total	7,5	73,1	1,0	13,4	2,6	0,2	2,1	100,0	81,7	5,3	1 834

Nota: Se a entrevistada reportou mais de um profissional, levou-se em conta o mais qualificado.

8.3 CUIDADOS PÓS-PARTO

Os cuidados pós-parto dentro de 48 horas após o parto são muito importantes porque reduzem os riscos de mortalidade materna e do recém-nascido. Recomenda-se por isso que todas as mulheres façam uma consulta pós-natal nos dois dias subsequentes ao parto. Durante o inquérito, pergunto-se às mulheres se após o parto, elas tinham feito um exame pós-natal, e quanto tempo após o parto esse exame ocorreu.

O quadro 8.7 apresenta a distribuição das mulheres que tiveram filhos nascidos vivos nos últimos cinco anos anteriores ao inquérito, segundo o tempo decorrido entre o nascimento do último filho nascido vivo, e a data da primeira consulta pós-parto. Mais de seis em cada dez mulheres (63%) receberam cuidados pós-parto, mas apenas 37% fizeram uma consulta pós-natal dentro do prazo recomendado, isto é, dentro de dois dias após o parto. Entre as mulheres com o nível de ensino secundário ou mais, entre as do meio rural e entre aquelas que pertencem ao quintil mais rico, essa proporção é de 41%. Também é maior entre as mulheres que deram à luz a uma criança quando tinham menos de 20 (45%) e entre os nascimentos da primeira ordem (44%).

Quadro 8.7 Cuidados pós-parto

Distribuição percentual de mulheres de 15-49 anos que tiveram filhos nascidos vivos nos últimos cinco anos anteriores ao inquérito, segundo o tempo decorrido entre o nascimento do último filho nascido vivo, e a data da primeira consulta pós-parto, por características sociodemográficas, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

Características sociodemográficas	Tempo decorrido antes da primeira consulta pós-parto: Menos de 4 horas	4-23 horas	2 dias	3-41 dias	NS/sem informação	Nenhuma consulta pós-parto[1]	Total	Efectivo de mulheres
Idade da mãe ao nascimento do filho								
<20	8,3	2,7	33,5	24,2	3,5	27,7	100,0	186
20-34	6,1	4,0	25,7	25,6	4,4	34,1	100,0	930
35-49	13,1	3,3	19,7	26,9	5,1	31,9	100,0	270
Ordem de nascimento								
1	5,6	2,1	36,6	23,3	3,6	28,7	100,0	278
2-3	9,4	4,5	23,8	24,3	3,4	34,6	100,0	527
4-5	7,6	3,7	22,1	29,2	7,0	30,4	100,0	360
6+	6,9	3,6	21,9	26,0	4,0	37,6	100,0	221
Meio de residência								
Urbano	8,4	2,6	22,0	24,3	4,7	38,1	100,0	684
Rural	7,2	4,8	29,1	27,0	4,1	27,7	100,0	703
Região								
Região Centro	8,5	4,1	26,7	22,9	4,9	32,9	100,0	834
Região Sul	5,5	1,5	30,0	41,5	1,9	19,6	100,0	187
Região Norte	8,6	4,6	22,0	22,4	5,3	37,1	100,0	302
Região do Príncipe	0,6	1,0	15,0	30,8	2,5	50,1	100,0	63
Nível de instrução								
Nenhum	3,1	5,3	25,6	33,0	4,8	28,2	100,0	69
Primário	7,6	3,9	24,2	26,0	4,1	34,1	100,0	953
Secundário ou mais	9,2	2,8	29,2	23,4	5,2	30,3	100,0	365
Quintil de bem-estar económico								
O mais pobre	6,1	4,3	26,0	21,8	5,0	36,8	100,0	282
Segundo	9,2	4,1	25,7	26,3	3,0	31,8	100,0	298
Médio	5,5	2,5	25,6	31,0	3,3	32,2	100,0	290
Quarto	10,6	4,2	21,2	25,0	5,6	33,4	100,0	274
O mais rico	7,6	3,5	30,0	23,7	5,6	29,6	100,0	242
Total	7,8	3,7	25,6	25,7	4,4	32,8	100,0	1 386

[1] Inclui mulheres que tiveram uma consulta pós-natal após 41 dias.

Além disso, verificou-se que 33% das mulheres não recebeu nenhum cuidado pós-parto. É a Região do Príncipe que se distingue pelo nível mais elevado de mulheres que não fizeram a consulta para o seguimento da sua saúde e dos seus filhos recém-nascidos (50%).

8.4 ACESSO AOS CUIDADOS DE SAÚDE

Durante o IDS-STP, perguntou-se as mulheres sobre os principais problemas que enfrentavam quando precisavam de cuidados de saúde. O quadro 8.8 apresenta os resultados obtidos. Para 86% das mulheres, conseguir os recursos para o tratamento foi citado como um grande problema. Esta percentagem varia muito pouco de acordo com as características sócio-demográficas, excepto entre as mulheres das regiões Sul e do Príncipe, onde é relativamente baixa (respectivamente, 56% e 58%).

Além disso, para 71% das mulheres, o transporte é um grande problema para chegar à unidade de saúde, e também em 71% dos casos, é a distância a percorrer para se chegar ao serviço de saúde que impede o acesso aos cuidados de saúde. Conseguir uma permissão para poder procurar o tratamento é um problema mencionado por cerca de 69% das mulheres.

Os outros problemas mencionados foram: o receio de não encontrar nenhum medicamento disponível (64%); o receio de não encontrar nenhum pessoal de saúde disponível (62%); o facto de não querer se deslocar sozinha aos serviços de saúde (61%); e o receio do pessoal de saúde não ser uma mulher (52%). Globalmente, mais de nove em cada dez mulheres aproximadamente (93%) disseram terem-se confrontado pelo menos com um dos problemas mencionados.

Quadro 8.8 Problemas de acesso aos cuidados de saúde

Percentagem de mulheres de 14-49 anos que declarou problemas importantes para aceder aos cuidados de saúde quando estavam doentes, segundo o tipo de problemas, por características sociodemográficas, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

	Problemas para aceder aos cuidados de saúde									
Características sociodemográficas	Obter a autorização para ir se curar	Obter o dinheiro necessário para o tratamento	Distancia para chegar ao serviço de saúde	Estar obrigado de tomar um transporte	Não querer ir sozinha	Preocupada por não encontrar pessoal de saúde feminino	Preocupada por não encontrar pessoal de saúde	Preocupada de não ter medicamentos disponíveis	Pelo menos um dos problemas importantes para aceder aos cuidados de saúde	Efectivo de mulheres
Grupo etário										
15-19	77,3	88,3	71,4	70,3	65,8	53,2	62,9	67,4	93,1	555
20-34	69,7	85,8	71,7	73,2	59,9	52,0	61,2	63,3	93,2	1 309
35-49	62,2	84,7	70,8	68,4	59,1	52,5	63,6	63,0	92,7	751
Número de filhos vivos										
0	76,7	88,4	70,4	72,4	65,0	53,9	59,3	63,9	92,5	671
1-2	68,5	85,9	71,8	71,4	62,5	53,7	63,9	65,4	93,8	779
3-4	68,6	86,0	73,3	74,0	60,9	52,8	60,8	61,8	93,4	697
5+	60,0	82,8	69,3	65,0	52,5	47,4	65,7	65,7	91,9	468
Estado civil										
Solteira	76,7	87,3	70,2	72,0	65,5	53,6	58,5	65,4	92,5	605
Casada/em união	67,9	86,3	72,1	71,3	60,0	52,5	63,3	64,0	93,2	1 718
Divorciada/separada/viúva	60,8	81,8	69,8	69,4	57,0	49,4	63,6	62,3	93,2	291
Trabalhou nos 12 últimos meses										
Não trabalhou	73,1	84,8	71,5	70,0	62,3	51,6	66,9	67,4	92,3	1 128
Trabalhou, e pago em dinheiro	66,0	86,9	71,7	72,6	60,7	53,9	59,2	61,7	93,6	1 399
Trabalhou, mas não pago em dinheiro	67,4	86,9	62,2	62,9	46,8	39,4	52,2	59,9	92,7	81
Sem informação	*	*	*	*	*	*	*	*	*	7
Meio de residência										
Urbano	77,0	86,9	77,4	77,1	74,5	68,4	69,9	69,5	93,6	1 433
Rural	59,6	85,0	64,1	64,1	44,5	33,0	52,9	57,6	92,3	1 182
Região										
Região Centro	81,0	93,5	81,8	82,1	71,3	63,6	60,7	63,0	96,7	1 670
Região Sul	48,8	55,6	49,3	49,6	43,3	45,2	63,8	53,4	81,7	324
Região Norte	52,5	87,5	58,5	56,0	44,5	27,2	67,6	75,8	95,4	502
Região do Príncipe	27,4	57,5	40,3	41,7	32,5	20,9	56,2	60,0	62,9	119
Nível de instrução										
Nenhum	62,0	76,9	63,9	60,1	47,1	41,6	51,4	57,5	90,3	155
Primário	66,5	85,2	71,3	70,6	58,9	51,3	63,4	64,0	93,2	1 516
Secundário ou mais	74,6	88,9	72,8	74,0	66,4	55,9	62,1	65,3	93,3	944
Quintil de bem-estar económico										
O mais pobre	62,8	84,2	67,6	65,3	51,8	42,6	57,5	61,0	92,2	462
Segundo	64,4	84,3	70,4	68,6	57,1	43,0	59,6	60,9	93,1	516
Médio	72,9	84,3	70,9	72,6	59,6	54,7	63,9	64,7	93,5	475
Quarto	71,7	88,8	72,8	73,8	65,1	58,0	63,4	64,7	94,5	557
O mais rico	72,7	87,7	74,2	74,5	68,2	60,9	65,6	68,2	92,0	605
Total	69,1	86,0	71,4	71,2	60,9	52,4	62,2	64,1	93,0	2 615

* Caso de efectivos não ponderados inferiores a 25.

SAÚDE DA CRIANÇA 9

No IDS-STP 2008-2009, recolheu-se para todas as crianças nascidas nos últimos cinco anos, informações que permitem avaliar a cobertura vacinal, estimar a prevalência das principais doenças nas crianças (infecções respiratórias agudas (IRA), febre e diarreia) e conhecer a proporção de crianças doentes e que receberam um tratamento. As crianças menores de cinco anos constituem um grupo de população particularmente vulnerável. Estas informações permitirão, não somente, identificar os problemas mais importantes que afectam a sua saúde, bem como contribuir na implemantação de programas mais focalizados, de prevenção das doenças infantis, e avaliar os esforços realizados no país para a sobrevivência das crianças e adaptar os programas implementados pelo governo.

9.1 PESO AO NASCIMENTO

Um peso insuficiente ao nascer constitui uma causa importante de mortalidade e de morbilidade na pequena infância. No decorrer do inquérito, pediu-se a todas as mulheres que tiveram um filho (nascido-vivo) nos últimos cinco anos, o peso e o tamanho da criança ao nascer.

Os resultados figuram no quadro 9.1. De acordo com os cartões de saúde ou as declarações da mãe, em cerca de 82% das crianças, se conhece o peso ao nascer. Constata-se variações importantes segundo a características sócio-demográficas, excepto a idade da mãe, em função da qual as proporções de crianças para as quais se conhece o peso variam pouco (um maximum de 83% e um mínimo de 80%). Nota-se que a mais baixa propoção de crianças que não foram pesadas ao nascimento encontra-se nas famílias mais pobres (73%). Ao contrário, entre os agregados mais ricos, a proporção de nascimentos de que se dispõe do peso atinge os 95%. Nota-se também variações importantes segundo a ordem de nascimento da criança, com cerca de 90% das crianças de ordem 1 a serem pesadas ao nascimento contra apenas 74% para as crianças de ordem 6. Além disso, o peso ao nascimento é conhecido para 88% dos nascimentos no meio urbano contra 77% no meio rural. Os resultados por nível de instrução da mãe mostram que 79% dos nascimentos de mãe sem instrução foram pesados ao nascimento, contra 87% dos de mãe que tem um nível de instrução pelo menos secundário. Nas regiões, a proporção de nascimentos para os quais se dispõe do peso varia de um mínimo de 77% na região Sul para um máximo de 85% na região Centro. É importante considerar estas variações que podem criar um enviesamento quando se compara a distribuição das crianças segundo o peso ao nascimento.

De entre os nascimentos cujo peso é conhecido (82%), 9% tinha um fraco peso ao nascer (menos de 2,5 Kg). Por outro lado, em 92% dos casos, as crianças pesavam pelo menos 2,5 Kg. Constata-se que a idade da mãe ao nascimento da criança influencia o seu peso, considerando que 13% das crianças cuja mãe tinha menos de 20 anos e 11% das cuja a mãe tinha entre 35-49 anos de idade são de fraco peso, contra 7% quando a mãe tinha entre 20-34 anos de idade ao nascimento da criança. Da mesma maneira, entre os nascimentos de ordem 6 ou mais, 12% apresentavam uma insuficiência ponderal, contra 7% para os de ordem 2 e 3. Os resultados mostram também que os nascimentos de fraco peso são mais frequentes nas mães sem nenhum nível de instrução (15% contra 4% quando a mãe tem um nível secundário ou mais) e, quando o agregado é classificado nos dois quintis mais pobres (12% para o primeiro e 10% para o segundo contra 5% no mais rico). Contudo, uma vez mais, as proporções de crianças cujo peso é conhecido variam de 79% para 87% para o nível de instrução e de 73% para 95% entre o primeiro e quinto quintil; Tais variações de proporções de crianças de fraco peso devem interpretar-se com muita prudência.

Quadro 9.1 Tamanho e peso da criança ao nascer

Distribuição percentual segundo o peso ao nascer dos nados vivos nos últimos cinco anos precedentes o inquérito, para os quais o peso ao nascer foi declarado; distribuição percentual de todos os nados vivos nos últimos cinco anos anteriores ao inquérito, segundo a percepção do tamanho da criança pela mãe e percentagem de todos os nascimentos para os quais foi declarado um peso ao nascer, por características sociodemográficas, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

	Distribuição percentual dos nados vivos cujo peso ao nascer foi declarado[1]					Distribuição percentual de todos os nados vivos, segundo o tamanho da criança declarado pela mãe					
Características sociodemográficas	Menos de 2,5 kg	2,5 kg ou mais	Total	Efectivo de nascimentos	Percentagem de todos os nados vivos cujo peso ao nascer foi declarado	Muito pequeno	Mais pequeno que a média	Médio ou mais gordo que a média	NS/Sem informação	Total	Efectivo de nascimentos
Idade da mãe ao nascimento do filho											
<20	13,0	87,0	100,0	239	83,3	4,3	4,4	83,3	8,1	100,0	287
20-34	6,9	93,1	100,0	1 004	82,3	1,7	6,0	87,6	4,8	100,0	1 219
35-49	10,5	89,5	100,0	262	80,0	1,5	3,8	87,3	7,4	100,0	327
Ordem de nascimento											
1	8,5	91,5	100,0	355	90,0	2,7	5,2	85,4	6,7	100,0	394
2-3	6,5	93,5	100,0	595	83,2	1,7	5,1	89,3	3,9	100,0	715
4-5	9,8	90,2	100,0	356	78,5	2,1	6,5	85,5	5,9	100,0	453
6+	11,9	88,1	100,0	200	73,8	1,9	4,3	84,7	9,1	100,0	271
Mãe fuma											
Fuma cigarros/ Tabaco	*	*	100,0	19	*	*	*	*	*	100,0	21
Não fuma	8,3	91,7	100,0	1 484	82,0	2,1	5,1	87,0	5,8	100,0	1 810
Sem informação	*	*	100,0	2	*	*	*	*	*	100,0	3
Meio de residência											
Urbano	8,4	91,6	100,0	783	87,9	2,7	5,2	87,7	4,4	100,0	890
Rural	8,6	91,4	100,0	722	76,6	1,4	5,5	86,0	7,1	100,0	943
Região											
Região Centro	8,2	91,8	100,0	919	84,7	2,3	6,1	85,8	5,8	100,0	1 085
Região Sul	7,5	92,5	100,0	185	77,4	1,2	2,9	94,6	1,3	100,0	240
Região Norte	9,7	90,3	100,0	329	77,9	2,0	4,2	85,2	8,5	100,0	423
Região do Príncipe	9,2	90,8	100,0	71	83,0	1,5	7,9	87,0	3,7	100,0	86
Nível de instrução da mãe											
Nenhum	15,0	85,0	100,0	79	79,3	0,7	3,8	92,2	3,2	100,0	100
Primário	9,8	90,2	100,0	1 021	80,5	2,5	6,2	84,9	6,4	100,0	1 268
Secundário ou mais	3,9	96,1	100,0	405	87,0	1,0	3,3	91,1	4,6	100,0	466
Quintil de bem-estar económico											
O mais pobre	12,0	88,0	100,0	281	72,8	2,4	6,8	83,1	7,7	100,0	386
Segundo	10,1	89,9	100,0	302	75,2	2,5	4,1	85,3	8,0	100,0	402
Médio	5,8	94,2	100,0	333	84,9	2,5	4,4	88,7	4,5	100,0	393
Quarto	9,6	90,4	100,0	302	86,2	1,3	7,7	85,2	5,8	100,0	350
O mais rico	5,2	94,8	100,0	287	94,6	1,3	3,6	93,3	1,9	100,0	304
Total	8,5	91,5	100,0	1 505	82,1	2,0	5,3	86,9	5,8	100,0	1 834

[1] Segundo, um registo escrito ou a declaração da mãe.
* Casos de efectivos não ponderados inferiores a 25.

Para avaliar o tamanho da criança ao nascimento, fez-se à mãe a pergunta seguinte: “Quando o seu (sua) filho(a) nasceu, era muito gordo, mais gordo que a média, médio, mais pequeno que a média ou muito pequeno? ” À esta pergunta, muito subjectiva, as mães responderam em 87% dos casos que o filho era médio ou mais gordo que a média. Em 5% dos casos, declararam que era mais pequeno do que a média e por último, em 2% dos casos, que era muito pequeno. Constata-se, à semelhança do peso ao nascer, que a idade da mãe ao nascimento da criança influencia o tamanho da criança. Com efeito, a proporção de crianças consideradas muito pequenas pela mãe é duas vezes mais elevada entre as mães de idade menor de 20 anos ao nascimento do filho que quando é mais idosa (4% em relação a 2%). Nota-se igualmente que segundo as declarações das mães, os nascimentos de ordem 1 (3%), os do meio urbano (3%), os cuja mãe tem um nível de instrução primário (3%) e os dos três primeiros quintis eram muito pequenas.

9.2 VACCINAÇÃO DAS CRIANÇAS

Segundo as recomendações da OMS, uma criança é completamente vacinada quando recebeu a vacina BCG (protecção contra a tuberculose), três doses da vacina contra o polio e três doses de DTCoq (Difteria, Tétano e Coqueluche), e a vacina contra o sarampo. Acrescenta-se ainda, uma dose de vacina contra o polio administrado ao nascimento. Segundo o calendário vacinal, todas as crianças devem ser vacinadas antes da idade de 12 meses. Os dados sobre a vacinação foram recolhidos a partir de duas fontes: o cartão de vaccina da criança e as declarações da mãe quando o cartão não era O cartã não era apresentado à inquiridora ou não existia. O quadro 9.2 apresenta os resultados sobre a cobertura vacinal segundo as diferentes fontes de informação para as crianças de 12-23 meses.

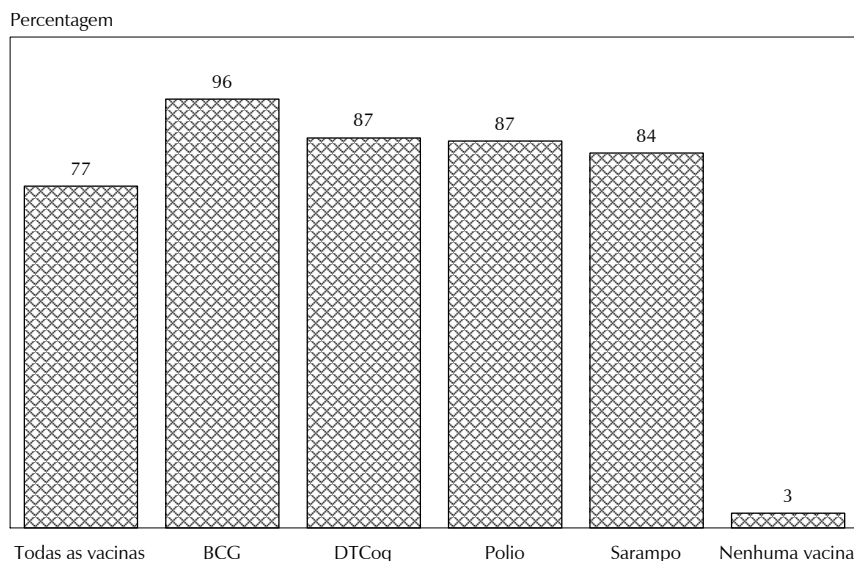
Quadro 9.2 Vacinação por fonte de informação

Percentagem de crianças de 12-23 meses que receberam algumas vacinas, em qualquer momento anterior ao inquérito, segundo que a fonte é o cartão de vacinação ou a declaração da mãe e percentagem que foi vacinada antes de 12 meses de idade, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

		DTCoq			Polio							
Fonte de informação	BCG	1	2	3	0[1]	1	2	3	Sarampo	Todas as vacinas[2]	Nenhuma vacina	Efectivo de crianças
Vacinado antes do inquérito												
Cartão de vacinação conferido	92,7	90,4	87,4	85,8	88,8	91,3	88,0	86,3	81,1	76,5	0,0	317
Declaração da mãe	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	24
As duas fontes	96,1	93,6	89,8	87,4	91,2	94,6	90,6	86,7	84,0	76,6	3,3	341
Vacinada antes da idade de 12 meses[3]	95,2	93,6	89,4	86,4	90,3	94,6	90,2	85,7	75,3	67,7	3,3	341

[1] Polio 0 é o polio á nascença.
[2] BCG, sarampo, as três doses de DTCoq e as três doses de polio (não incluindo a dose à nascença).
[3] Para as crianças cujas informações foram baseadas nas declarações da mãe, foi suposto que a proporção de vacinas recebidas durante o primeiro ano é a mesma que entre as crianças cuja informação provem do cartão de vacinação.
* Caso de efectivos não ponderados inferiores a 25.

Os resultados mostram que 77% das crianças de 12-23 meses foram completamente vacinadas, de acordo com as informações que provêm do cartão de vacinação e as informações fornecidas pelas mães (gráfico 9.1). Por outro lado, 3% das crianças de 12-23 meses não receberam nenhuma das vacinas recomendadas. O resto das crianças (20%) foi vacinado parcialmente. Além disso, 68% das crianças foi vacinado completamente de acordo com o calendário recomendado, ou seja antes da idade de 12 meses.

Gráfico 9.1 Cobertura vacinal das crianças de 12-23 meses por tipo de vacina segundo o IDS-STP 2008-2009

Nota: Informações segundo a cartaão de vacina ou a declaração da mãe.

IDS-STP 2008-2009

Os resultados segundo as vacinas específicas mostram que a quase totalidade das crianças (96%) foi vacinada contra a vacina BCG (administrado ao nascimento) e praticamente a mesma proporção recebeu esta vacina antes de atingir os 12 meses de idade (95%). A proporção de crianças que recebeu a primeira dose de DTCoq é igualmente muito importante (94%). No entanto, a perda entre as doses não é negligenciável: de 94% na primeira dose, a proporção de crianças que recebeu a segunda dose passa de 90% para 87% na terceira dose. A taxa de perda[1] desta vacina entre a primeira e a segunda dose é por conseguinte de 4%, e de 7% entre a primeira e a terceira dose. De entre as crianças vacinadas antes de completar os 12 meses, as proporções são respectivamente de 94%, 89% e 86% (ou seja uma taxa de perda de 8% entre a primeira e a terceira dose). Estas taxas de perda traduzem, em grande parte, uma utilização ainda muito baixa dos serviços de vacina. A cobertura vacinal do polio varia igualmente segundo a dose: 95% recebeu a primeira dose de polio, mas esta proporção diminui continuamente com as doses, e apenas 87% das crianças de 12-23 meses recebeu as três doses de polio. A taxa de perda entre a primeira e a terceira dose de polio é por conseguinte de 8%. Sendo a vacina contra o polio administrada ao mesmo tempo que a da DTCoq, espera-se encontrar níveis de cobertura vacinal muito próximos, o que é certamente o caso (87% nos dois casos para a terceira dose). Além disso, 84% das crianças de 12-23 meses é vacinada contra o sarampo, mas apenas 75% é vacinada antes de 12 meses idade.

O quadro 9.3 apresenta a cobertura vaccinal de crianças de 12-23 meses segundo algumas características sociodemográficas da mãe e da criança. A cobertura vaccinal não é homogénea. Observa-se que a proporção de rapazes que recebeu todas as vacinas é ligeiramente mais elevada que a das raparigas (78% contra 75%). A taxa de cobertura vacinal varia também consideravelmente em função da ordem de nascimento (de um mínimo de 74% para as ordens 2-3 para um máximo de 80% nas ordens 1 e 4-5), bem como segundo o nível socioeconómico do agregado onde vive a criança: a proporção de crianças vacinadas passa de 68% nos agregados do quintil mais pobre para 82% nos mais ricos. De igual modo, nota-se uma melhor cobertura vacinal na região Sul, com 86% das crianças a terem recebido todas as vacinas. Por outro lado, esta proporção é apenas de 72% na região Norte.

---

[1] A taxa de perda é a proporção de crianças que, tendo recebido a primeira dose de vaccina, não receberam o seguinte.

Quadro 9.3 Vacinação por características sociodemográficas

Percentagem de crianças de 12-23 meses que receberam algumas vacinas em qualquer momento anterior ao inquérito (segundo o cartão de vacinação ou a declaração da mãe) e percentagem de crianças para as quais um cartão de vacinação foi visto pela inquiridora, por algumas características sociodemográficas, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

Caractéristique sociodémographique	BCG	DTCoq			Polio				Sarampo	Todas as vacinas[2]	Nenhuma vacina	Percentagem com cartão de vacinação visto	Efectivo de crianças
		1	2	3	0[1]	1	2	3					
Sexo													
Masculino	95,4	93,0	91,2	87,8	90,1	95,6	93,2	87,7	86,3	78,1	3,8	91,7	184
Feminino	96,9	94,4	88,0	87,0	92,5	93,5	87,5	85,5	81,3	74,8	2,7	94,5	157
Ordem de nascimento													
1	95,5	93,1	88,0	87,1	90,5	93,2	88,6	86,1	86,4	79,8	4,5	87,1	59
2-3	95,7	92,3	87,7	85,2	91,1	92,6	87,4	82,6	84,5	74,2	4,3	92,2	145
4-5	97,2	97,2	94,1	92,9	92,5	98,6	95,5	93,0	84,5	80,1	1,4	96,5	88
6+	(96,0)	(92,0)	(90,2)	(84,6)	(90,0)	(95,5)	(93,6)	(88,0)	(78,7)	(73,6)	(2,3)	(95,8)	48
Meio de residência													
Urbano	95,0	93,5	91,9	88,8	91,6	92,5	90,9	85,6	81,6	76,1	4,6	91,6	153
Rural	97,0	93,7	88,0	86,3	90,9	96,4	90,3	87,5	86,0	77,0	2,3	94,1	187
Região													
Região Centro	97,3	95,0	90,4	88,7	91,4	94,5	89,4	86,4	81,3	74,8	2,7	93,6	191
Região Sul	95,5	95,2	94,5	92,5	90,1	97,2	96,5	94,5	89,1	85,5	2,8	97,2	50
Região Norte	93,6	89,3	84,4	79,9	90,9	93,1	88,6	81,0	84,8	71,6	5,0	88,8	84
Região do Príncipe	(96,4)	(96,4)	(96,4)	(96,4)	(94,4)	(96,4)	(96,4)	(96,4)	(96,4)	(96,4)	(3,6)	(94,4)	16
Nível de instrução da mãe													
Nenhum	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	12
Primário	95,0	92,6	88,9	87,6	89,8	94,1	90,5	87,4	84,8	77,7	4,2	91,8	242
Secundário ou mais	98,7	95,9	91,0	87,9	94,2	95,3	89,4	85,2	83,3	74,1	1,3	95,2	86
Quintil de bem-estar económico													
O mais pobre	96,8	94,0	90,8	86,5	92,2	97,9	93,2	83,1	78,8	68,1	1,4	89,6	75
Segundo	94,8	92,6	85,4	84,2	88,3	92,5	84,0	81,6	81,8	72,9	4,3	91,3	78
Médio	97,4	95,1	88,2	88,2	93,6	93,4	88,4	88,4	88,9	80,1	2,6	97,4	73
Quarto	(97,7)	(94,8)	(94,8)	(88,3)	(89,8)	(95,5)	(95,5)	(89,0)	(88,4)	(83,4)	(2,3)	(92,8)	49
O mais rico	94,1	91,9	91,9	91,0	91,9	94,1	94,1	93,2	83,8	81,6	5,9	94,1	65
Total	96,1	93,6	89,8	87,4	91,2	94,6	90,6	86,7	84,0	76,6	3,3	93,0	341

[1] Polio 0 é o polio á nascença.
[2] BCG, sarampo, as três doses de DTCoq e as três doses de polio (não incluindo a dose à nascença).
* Caso de efectivos não ponderados inferiores a 25.
( ) Caso de efectivos não ponderados entre 25 e 49 .

Os dados recolhidos relativamente à vacinação das crianças menores de cinco anos permitiram avaliar retrospectivamente as tendências da cobertura vacinal antes de 12 meses de idade, para os quatro anos que precederam o inquérito, abrangendo assim as crianças de 12-23 meses, 24-35 meses, 36-47 meses e 48-59 meses. O quadro 9.4 apresenta as taxas de cobertura vacinal segundo o cartão de vacina ou as declarações da mãe, para as crianças destes grupos etários. O quadro apresenta também as percentagens de crianças para as quais foi apresentado um cartão de vacina.

Quadro 9.4 Vacinação no primeiro ano

Percentagem de crianças de 12-59 meses no momento do inquérito que tinham recebido algumas vacinas antes da idade de 12 meses e percentagem cujo cartão de vacinação foi visto pela inquiridora, segundo a idade actual da criança, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

Idade em mês	BCG	DTCoq			Polio				Sarampo	Todas as vacinas[2]	Nenhuma vacina	Percentagem com cartão de vacinação visto	Efectivo de crianças
		1	2	3	0[1]	1	2	3					
12-23	95,2	93,6	89,4	86,4	90,3	94,6	90,2	85,7	75,3	67,7	3,3	93,0	341
24-35	94,7	91,7	88,5	85,4	88,7	93,5	88,4	80,5	74,5	65,0	5,8	84,2	351
36-47	94,4	92,0	87,1	79,6	90,3	93,7	88,7	79,3	72,0	61,0	4,6	88,5	372
48-59	88,9	87,0	85,1	82,0	82,1	88,9	85,7	76,9	69,6	62,8	10,7	77,8	294
Total	93,5	91,3	87,6	83,4	88,1	92,9	88,4	80,7	73,0	64,1	5,9	86,2	1 359

Nota: A informação provém do cartão de vacinação ou, se não foi apresentado, provem da declaração da mãe. As crianças para quais as informações são baseadas nas declarações da mãe, supõe-se que a proporção de vacinas recebidas durante o primeiro ano é a mesma que a das crianças cuja informação provem do cartão de vacinação.
[1] Polio 0 é o polio á nascença.
[2] BCG, sarampo, as três doses de DTCoq e as três doses de polio (não incluindo a dose à nascença).

Do total de casos, cerca de 86% apresentou um cartão de vacina à inquiridora. Esta proporção diminui com a idade da criança, passando de 93% entre as crianças de 12-23 meses para 78% entre as de 48-59 meses. Esta variação parece indicar uma melhoria da cobertura vacinal das crianças (as crianças possuem mais frequentemente um cartão), mas isto poderia também ser explicado pelo facto que quando mais idosas forem as crianças, menor é a possibilidade de encontrar os cartões de vacina. Considerando que as crianças mais idosas apresentam com menor frequência o cartão de vacina em relação às mais novas, os dados da cobertura vacinal que lhes dizem respeito são menos fiáveis, devido a fonte da informação que é mais frequentemente baseiada na memória da mãe. É preciso ser muito cauteloso na interpretação das variações da cobertura vacinal, que parece ter melhorado ligeiramente no tempo (cobertura vacinal varia de 63% entre as crianças mais idosas de 48-59 meses para 68% entre as de 12-23 meses).

9.3 DOENÇAS DAS CRIANÇAS

9.3.1 Infecções respiratórias e febre

As infecções respiratórias agudas (IRA), e particularmente a pneumonia, constituem uma das primeiras causas de mortalidade das crianças nos países em desenvolvimento. Para avaliar a prevalência destas infecções nas crianças, perguntou-se às mães se os seus filhos tinham sofrido da tosse durante as duas semanas que precederam o inquérito e, se assim for o caso, perguntou-lhe se a tosse era acompanhada de uma respiração curta e rápida de origem pulmonária (sintomas característicos de IRA). Para as crianças que apresentaram sintomas de IRA durante este período, procurou-se saber se foram levadas a uma consulta ou se foi procurado aconselhamentos ou um tratamento. Além disso, é de salientar que os resultados sobre a prevalência de IRA são representativos apenas para o período de referência, ou seja as duas semanas que precederam o inquérito.

Constata-se que 9% das crianças menores de cinco anos apresentam sintomas de IRA (quadro 9.5). Os resultados do inquérito põem em evidências variações importantes desta prevalência. Em primeiro lugar, constata-se diferenças segundo a idade: de 3% entre as crianças menores de 6 meses, a prevalência aumentou para 10% nas crianças de 12-23 meses, e diminuiu para 8% nas crianças de 24-35 meses e aumentar novamnete para atingir un maximum de 11% na faixa 48-59 meses. Não se observa diferença relevante da prevalência de IRA entre os rapazes e as raparigas (respectivamente 10% contra

9%). Em contrapartida, as crianças que vivem em agregados que utilizam o petróleo ou a lenha/palha para cozinhar, apresentaram com mais frequência certos sintomas de IRA, em relação as crianças cujo agregado utiliza o carvão de madeira para a preparação dos alimentos (5%). Nota-se igualmente uma prevalência mais elevada nas crianças do meio rural do que entre as do meio urbano (13% contra 5%, respectivamente) e, na região Centro em relação as outras regiões (12% contra 4 e 5% nas outras). Por último, as crianças cuja mãe tem um nível de instrução primário (10%), as cujo agregado pertence ao quarto quintil (11%) e as do quintil mais pobre (12%), sofrem mais frequentemente de IRA.

Quadro 9.5 Prevalência e tratamento de sintomas de Infecção Respiratória Aguda (IRA)

Percentagem de crianças menores de cinco anos que nas duas últimas semanas anteriores ao inquérito, tiveram sintomas de IRA e percentagem das crianças para as quais foi procurado um tratamento num estabelecimento de saúde ou agente de saúde, e percentagem que recebeu por tratamento antibióticos, por algumas características sociodemográficas, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

Características sociodemográficas	Crianças menores de cinco anos		Crianças menores de cinco anos que tiveram sintomas de IRA		
	Percentagem com sintoma de IRA[1]	Efectivo de crianças	Percentagem que procurou um tratamento num estabelecimento de saúde ou agente de saúde[2]	Percentagem que tomou antibióticos	Efectivo de crianças
Idade em mês					
<6	3,1	196	*	*	6
6-11	10,0	194	*	*	19
12-23	10,3	341	(72,1)	(63,3)	35
24-35	7,9	351	(71,7)	(57,2)	28
36-47	10,1	372	(82,4)	(62,0)	38
48-59	10,8	294	(69,6)	(58,6)	32
Sexo					
Masculino	9,6	874	70,3	68,4	84
Feminino	8,5	874	79,8	51,0	74
Mãe fuma					
Fuma cigarros/Tabaco	*	17	*	*	0
Não fuma	9,1	1 728	74,7	60,2	157
Fonte de energia para cozinhar					
Electricidade ou gás	*	3	*	*	0
Petróleo	9,1	496	66,9	59,1	45
Carvão	4,9	158	*	*	8
Lenha/madeira[3]	9,6	1 092	78,4	61,3	105
Meio de residência					
Urbano	5,0	843	(68,2)	(50,6)	42
Rural	12,7	906	77,1	63,8	115
Região					
Região Centro	12,0	1 024	73,5	63,5	123
Região Sul	3,8	233	*	*	9
Região Norte	5,3	408	*	*	21
Região do Príncipe	5,3	83	*	*	4
Nível de instrução da mãe					
Nenhum	3,3	87	*	*	3
Primário	10,4	1 213	74,9	58,7	126
Secundário ou mais	6,5	449	(79,4)	(65,5)	29
Quintil de bem-estar económico					
O mais pobre	12,4	360	(86,2)	(72,0)	45
Segundo	8,3	378	(60,6)	(18,5)	31
Médio	6,7	379	(79,3)	(81,0)	25
Quarto	10,6	336	(67,9)	(57,9)	36
O mais rico	7,0	295	*	*	21
Total	9,0	1 749	74,7	60,3	158

[1] Os sintomas de IRA (tosse com respiração curta e rápida relacionada com problemas pulmonares) são considerados como uma medição indirecta da pneumonia; [2] Não inclui farmácias, lojas, e práticas tradicionais; [3] Inclui ervas, arbustos e os resíduos agrícolas.
( ) Caso de efectivos não ponderados entre 25 e 49
* Caso de efectivos não ponderados inferiores a 25.

Para 75% das crianças que apresentaram sintomas de infecções respiratórias agudas, procurou-se aconselhamentos ou um tratamento num estabelecimento de saúde ou junto de um agente de saúde. Constata-se que as raparigas foram mais frequentemente tratadas de IRA que os rapazes (80% contra 70%). Os resultados mostram ainda que a procura de cuidados foi mais frequente nas crianças doentes que vivem num agregado que utiliza madeira ou palha para cozinhar do que entre as crianças cujo agregado utiliza petróleo (78% contra 67%), enquanto que a prevalência é quase a mesma para estas duas categorias de crianças. Devido aos baixos efectivos, não é possível interpretar as variações segundo as outras características sócio-demográficas.

Os resultados do quadro 9.5 mostram que 60% das crianças que apresentaram sintomas de IRA foram tratados com antibióticos. Neste caso também, os baixos efectivos fazem com que as diferenças sejam difíceis de comentar. Pode-se no entanto sublinhar que a proporção de rapazes que recebeu antibióticos é mais elevada que nas raparigas (68% contra 51%). O tratamento por antibióticos é ligeiramente mais frequente entre as crianças cujo agregado utiliza madeira ou palha para cozinhar, do que entre as cujo agregado utiliza o petróleo (61% contra 59%).

A febre é um sintoma frequente nas crianças. Para avaliar a sua prevalência, perguntou-se as mães se o seu filho menor de 5 anos teve febre durante as duas semanas que precederam o inquérito. Os resultados apresentados no quadro 9.6 mostram que ao nível nacional, 17% das crianças menores de 5 anos teve a febre durante as duas semanas que precederam a entrevista. A prevalência da febre varia de maneira irregular com a idade. Contudo, é nas crianças de 6-23 meses (19% na faixa 6-11 meses e 26% na faixa 12-23 meses contra um mínimo de 10% nas crianças menores de 6 meses) que a prevalência é mais elevada. Nota-se uma desigualdade entre os sexos, tendo os rapazes tido mais febre do que as raparigas, durante as duas semanas que precederam o inquérito (19% contra 15%). Além disso, os resultados põem em evidência uma prevalência mais elevada da febre nas regiões Centro e Norte do que nas outras (respectivamente 21% e 14% contra 9% nas outras duas). Segundo o nível de instrução das mães, os resultados mostram que são as crianças cuja mãe não tem nenhuma instrução que foram menos afectadas pela febre (3% contra 18% para o nível primário e secundário ou mais). Estes resultados segundo o nível de instrução devem ser interpretados com precaução. Com efeito, a prevalência mais elevada da febre nas crianças de mãe instruída pode ser o resultado de situações alarmantes procadas pelas mulheres em caso de febre, (e por conseguinte declaram mais facilmente a existência de tais sintomas), isto porque têm mais consciência das graves consequências da febre. Por último, constata-se que a prevalência da febre aumenta com o nível de bem-estar económico do agregado, variando de 15% nos agregados mais pobres para 22% nos mais ricos.

Perguntou-se às mães das crianças que tiveram febre se procuraram aconselhamentos ou tratamento num estabelecimento de saúde ou junto de um agente de saúde (quadro 9.6). Constata-se que a nível nacional, para 70% dos casos foi procurado um tratamento ou aconselhamentos. As diferenças segundo a idade e as regiões são difíceis de interpretar devido aos baixos efectivos. Em contrapartida, os resultados mostram que a procura de cuidados foi mais frequente para as meninas do que para os meninos (77% contra 65%), para as crianças do meio rural do que para as do meio urbano (78% contra 61%), para as crianças cuja mãe tem um nível primário em relação as crianças de mãe do nível secundário ou mais (72% contra 65%) e, para as dos agregados mais pobres do que os seus homólogos que vivem nos agregados mais ricos (varia de 74% para 78% nos três primeiros quintis para um mínimo de 59% no quinto quintil). Ainda, em 8% dos casos, utilizou-se medicamentos contra o paludismo no tratamento das crianças que tiveram febre. As crianças do meio urbano (11%), da região Centro (10%), dos dois quintis mais ricos (14% e 12%) e sobretudo as cuja mãe tem um nível de ensino secundário ou mais (16%) são as que foram tratadas mais frequentemente com medicamentos contra o paludismo, em caso de febre. Por último, constata-se que 46% das crianças foram tratadas com antibióticos. Esta proporção é mais elevada nas raparigas do que nos rapazes (48% contra 44%), no meio rural do que no meio urbano (55% contra 36%), entre as crianças cuja mãe tem um nível primário em relação as de mãe com o nível secundário ou mais (48% contra 41%) e, entre as crianças cujo agregado pertence ao quintil médio (52% contra um mínimo de 39% no quarto quintil).

Quadro 9.6 Prevalência e tratamento da febre

Percentagem de crianças menores de cinco anos que tiveram febre nas duas últimas semanas anteriores ao inquérito e percentagem das crianças para as quais foi procurado um tratamento num estabelecimento de saúde ou num profissional de saúde, percentagem que tomou antipalúdicos e percentagem que recebeu antibióticos, por algumas características sociodemográficas, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

Características sociodemográficas	Crianças menores de cinco anos:		Crianças menores de 5 anos com febre			
	Percentagem que teve febre	Efectivo de crianças	Percentagem para a qual foi procurado um tratamento num estabelecimento de saúde ou profissional de saúde[1]	Percentagem que tomou antipalúdicos	Percentagem que tomou antibióticos	Efectivo de crianças
Idade em mês						
<6	9,5	196	*	*	*	19
6-11	18,7	194	(72,9)	(0,0)	(56,3)	36
12-23	25,8	341	69,0	9,3	47,0	88
24-35	17,0	351	62,7	5,3	41,2	60
36-47	11,6	372	(75,3)	(1,8)	(41,8)	43
48-59	17,4	294	68,9	19,7	45,0	51
Sexo						
Masculino	19,3	874	64,7	8,1	44,0	168
Feminino	14,7	874	76,7	8,8	48,1	128
Meio de residência						
Urbano	17,1	843	61,2	10,8	36,1	144
Rural	16,9	906	78,0	6,2	54,9	153
Região						
Região Centro	20,7	1 024	71,5	10,3	52,2	212
Região Sul	8,8	233	(83,4)	(0,0)	(37,4)	21
Região Norte	14,0	408	57,9	5,7	25,7	57
Região do Príncipe	8,6	83	*	*	*	7
Nível de instrução da mãe						
Nenhum	3,4	87	*	*	*	3
Primário	17,7	1 213	72,2	5,6	48,2	215
Secundário ou mais	17,6	449	65,4	16,4	41,0	79
Quintil de bem-estar económico						
O mais pobre	15,0	360	74,1	2,7	45,1	54
Segundo	15,7	378	78,1	5,9	44,2	59
Médio	15,2	379	75,1	6,7	52,4	58
Quarto	18,5	336	64,6	14,0	39,4	62
O mais rico	21,5	295	59,0	11,7	48,0	63
Total	17,0	1 749	69,9	8,4	45,8	297

[1] Não inclui farmácias, lojas, e práticas tradicionais.
( ) Caso de efectivos não ponderados entre 25 e 49.
* Caso de efectivos não ponderados inferiores a 25.

9.3.2 Diarreia

As doenças diarreicas, pelas suas consequências (desidratação e desnutrição), constituem, directamente ou indirectamente, nos países em desenvolvimento uma das principais causas de falecimento na pequena infancia. A OMS recomenda, para lutar contra os efeitos da desidratação, a generalização do tratamento de rehidratação por via oral (TRO), aconselhando a utilização quer de uma substância preparada a partir do conteúdo de pacotes de sais de rehidratação por via oral (SRO), quer de uma substância caseira com água, açúcar e o sal.

No decorrer do IDS-STP, perguntou-se as mães, se as suas crianças menores de cinco anos tiveram diarreia durante as duas semanas que precederam o inquérito, a fim de medir a prevalência das doenças diarreicas. No que diz respeito ao tratamento da diarreia, pediu-se as mães se conheciam os SRO e se, durante os episódios diarreicos, foram administrados às crianças e/ou se utilizaram uma solução de água açucarada e salgada. Os resultados relativos à prevalência da diarreia são apresentados no quadro 9.7.

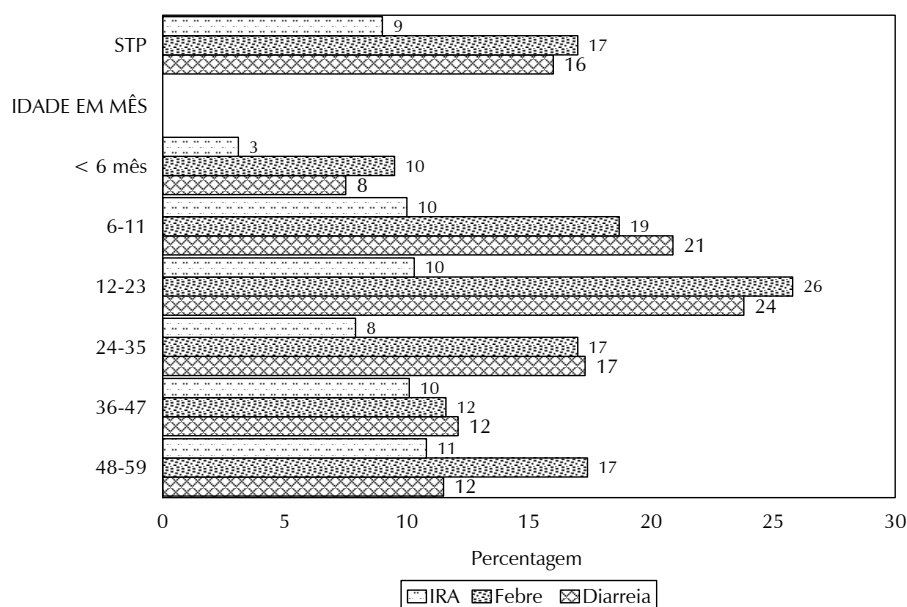
Quadro 9.7 Prevalência da diarreia

Percentagem de crianças menores de cinco ano que tiveram diarreia durante as últimas duas semanas anteriores ao inquérito, por características sociodemográficas, IDS São Tomé e Príncipe 2008-2009

Características sociodemográficas	Diarreia durante as últimas duas semanas anteriores ao inquérito		
	Qualquer diarreia	Diarreia com sangramento	Efectivo de crianças
Idade em mês			
<6	7,5	0,1	196
6-11	20,9	2,3	194
12-23	23,8	2,0	341
24-35	17,3	2,6	351
36-47	12,1	0,9	372
48-59	11,5	0,8	294
Sexo			
Masculino	16,8	1,4	874
Feminino	14,8	1,6	874
Fonte de abastecimento em água para beber[1]			
Melhorada	15,9	1,5	1 637
Não melhorada	14,5	1,2	112
Retrete[2]			
Melhorado, privado	13,5	1,4	514
Não melhorado ou partilhado	16,9	1,6	1 221
Sem informação	*	*	14
Meio de residência			
Urbano	13,6	1,6	843
Rural	17,8	1,4	906
Região			
Região Centro	18,9	2,0	1 024
Região Sul	7,9	0,2	233
Região Norte	14,5	1,2	408
Região do Príncipe	6,2	0,7	83
Nível de instrução da mãe			
Nenhum	10,3	0,0	87
Primário	17,5	1,9	1 213
Secundário ou mais	12,2	0,7	449
Quintil de bem-estar económico			
O mais pobre	14,0	1,5	360
Segundo	12,7	1,6	378
Médio	15,5	0,6	379
Quarto	21,2	3,1	336
O mais rico	16,1	0,7	295
Total	15,8	1,5	1 749

[1] Consultar o quadro 2.6 para a definição das categorias.
[2] Consultar o quadro 2.7 para a definição das categorias.

Da análise dos dados, verifica-se que 16% das crianças menores de cinco anos teve diarreia, pelo menos uma vez, durante as duas semanas que precederam o inquérito e que 2% dos casos apresentava traços de sangue nas fezes. A prevalência da diarreia é sobretudo significativa nas crianças jovens de 6-23 meses: neste grupo de idade, a percentagem de crianças que sofreu de diarreia eleva-se em média a 23%, enquanto que é de apenas 8% nas crianças menores de seis meses e 12% na faixa de 36-59 meses (quadro 9.7 e gráfico 9.2). Estas idades de forte prevalência correspodem às idades do início da alimentação de suplemento para além do leito materno e o fim da amamentação. Correspondem também às idades em que as crianças iniciam os primeiros contactos com o seu ambiente, o que as expõe mais ao risco de contaminação por agentes patogénicos.

Gráfico 9.2 Prevalência das IRA, da febre e da diarreia entre as crianças menores de cinco anos, por idade

Nota: Febre, diarreia ou IRA durante as duas semanas que precederam o inquérito

IDS STP 2008-2009

A prevalência da diarreia varia também em função do meio e da região de residência. Com efeito, nota-se que a proporção de crianças que tiveram diarreia durante as duas semanas que precederam o inquérito é mais elevada no meio rural (18%) do que no meio urbano (14%). Entre as regiões, a prevalência varia de um mínimo de 6% na região do Príncipio para um máximo de 19% na região Centro. Com uma prevalência de 15%, a região Norte é caracteriza-se também por uma elevada prevalência da diarreia.

Por outro lado, espera-se geralmente que a prevalência da diarreia nas crianças varia com o modo de abastecimento de água, o que não é o caso aqui. Neste caso particular, a prevalência varia de 16% nas crianças cujo agregado familiar consome a água que provem de uma fonte melhorada para 15% quando a água provem de uma fonte não melhorada. Em contrapartida, constata-se que a prevalência da diarreia é ligeiramente mais baixa nas crianças que vivem em agregados que dispõem de casas de banho privadas e melhoradas privadas que nas crianças cujas condições sanitárias são degradadas (14% contra 17%).

O quadro 9.8 apresenta, a percentagem crianças com menos de cinco anos que tiveram diarreia durante as duas semanas que precederam o inquérito, para as quais procurou-se aconselhamentos ou um tratamento junto de um estabelecimento ou um agente de saúde, e as percentagens das que foram tratadas quando estavam doentes. Apenas 51% das crianças doentes foi conduzido para um centro de saúde. A pequenez dos efectivos não permite analisar as diferenças segundo a idade. Em contrapartida, constata-se que procurou-se um tratamento mais frequentemente para as meninas do que para os meninos (54% contra 49%). Além disso, foram procurados cuidados para 53% das crianças doentes, no meio rural, contra 49% no meio urbano. Segundo o nível de instrução da mãe, os resultados mostram que a proporção de crianças para as quais foi procurado um tratamento é claramente mais elevada quando a mãe tem pelo menos um nível secundário do que um nível primário (58% contra 49%). As variações segundo os quintis são difíceis de interpretar, devido aos baixos efectivos.

Quadro 9.8 Tratamento da diarreia

Entre as crianças menores de cinco anos que tiveram diarreia nas duas semanas precedentes o inquérito, percentagem para a qual foi procurado um tratamento num estabelecimento de saúde ou junto de um profissional de saúde, percentagem que teve uma Terapêutica de Rehidratação Oral (TRO), percentagem que recebeu mais líquidos, percentagem que foi tratada por TRO ou para a qual foram aumentadas as quantidades de líquidos e percentagem de crianças que receberam outros tratamentos, por características sociodemográficas, IDS São Tomé e Príncipe 2008-2009

		Terapêutica de Rehidratação Oral (TRO)					Outros tratamentos						
Características sociodemográficas	Percentagem tratada num centro de saúde[1]	Pacote de SRO ou de líquidos pré-condicionados	Solução caseira recomendada (SCR)	SRO ou SCR	Aumento da quantidade de líquidos	SRO ou aumento da quantidade de líquidos	Antibióticos	Medicamentos antimotílicos	Solução intravenosa	Remédio caseiro/ Outro	Sem informação	Nenhum tratamento	Efectivo de crianças
Idade em mês													
<6	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	15
6-11	(63,7)	(54,3)	(23,1)	(60,8)	(45,4)	(73,3)	(23,6)	(0,0)	(1,4)	(47,1)	(0,0)	(7,8)	41
12-23	54,0	58,3	19,2	66,9	59,5	90,5	31,7	0,0	0,0	24,4	0,0	5,1	81
24-35	33,5	39,2	24,7	49,4	63,2	75,8	8,9	3,9	0,0	21,8	0,0	15,0	61
36-47	(42,9)	(45,1)	(17,0)	(56,3)	(57,7)	(85,5)	(43,9)	(2,2)	(0,0)	(31,7)	(3,9)	(3,6)	45
48-59	(77,2)	(52,2)	(23,2)	(55,4)	(50,6)	(70,5)	(31,6)	(0,0)	(0,0)	(42,4)	(0,0)	(4,9)	34
Sexo													
Masculino	49,0	49,3	18,2	55,0	58,5	81,1	28,8	0,7	0,4	27,5	1,2	10,8	147
Feminino	54,0	48,8	23,3	60,1	52,7	77,3	22,6	1,8	0,0	33,0	0,0	8,7	129
Tipo de diarreia													
Sem sangramento	51,6	49,0	20,8	57,5	52,3	78,1	26,5	0,4	0,2	29,0	0,7	10,5	246
Com sangramento	52,4	52,4	14,7	58,2	92,6	95,4	19,7	8,9	0,0	40,5	0,0	0,9	26
Sem informação	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	3
Meio de residência													
Urbano	49,4	44,5	15,3	54,1	42,4	68,2	17,7	0,9	0,0	38,5	0,0	15,2	115
Rural	52,7	52,3	24,3	59,7	65,3	87,2	31,7	1,5	0,4	24,1	1,1	6,0	161
Região													
Região Centro	45,7	44,8	19,4	51,5	56,7	77,8	27,1	1,7	0,0	32,5	0,9	9,4	193
Região Sul	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	18
Região Norte	63,6	53,4	25,5	67,7	58,2	83,6	24,3	0,0	1,0	21,0	0,0	10,2	59
Região do Príncipe	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	5
Nível de instrução da mãe													
Nenhum	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	9
Primário	48,8	46,7	19,6	55,3	59,0	80,3	25,4	0,0	0,3	29,2	0,0	9,0	212
Secundário ou mais	57,7	63,7	25,6	72,2	45,9	81,7	32,2	4,3	0,0	26,4	3,2	12,4	55
Quintil de bem-estar económico													
O mais pobre	52,0	61,5	25,6	70,7	57,6	87,0	32,5	6,6	1,1	20,9	3,5	1,1	51
Segundo	(54,3)	(46,2)	(24,5)	(61,3)	(53,6)	(76,4)	(26,8)	(0,0)	(0,0)	(23,4)	(0,0)	(12,4)	48
Médio	63,4	37,6	26,5	46,6	63,5	74,8	20,5	0,0	0,0	28,0	0,0	9,5	59
Quarto	44,3	45,3	12,3	49,4	57,9	77,4	16,2	0,0	0,0	41,6	0,0	15,6	71
O mais rico	(43,4)	(58,3)	(16,4)	(64,6)	(43,3)	(82,5)	(39,2)	(0,0)	(0,0)	(31,8)	(0,0)	(8,2)	48
Total	51,3	49,0	20,6	57,4	55,8	79,3	25,9	1,2	0,2	30,1	0,6	9,8	276

Nota: A TRO compreende a solução preparada a partir dos Sais de Rehidratação Oral (SRO), os pacotes précondicionados, as Soluções Caseiras Recomendadas (SCR).
[1] Não inclui farmácias, lojas, e práticas tradicionais.
( ) Caso de efectivos não ponderados entre 25 e 49.
* Caso de efectivos não ponderados inferiores a 25.

Constata-se também no quadro 9.8 que em apenas 49% dos casos foi administrado às crianças doentes SRO ou líquidos précondicionados para tratar a diarreia. Apenas 21% das crianças recebeu uma solução caseira de água, sal e açúcar e, 57% recebeu uma e/ou a outra forma de TRO. Ainda, em 56% dos casos, as crianças doentes receberam mais líquidos. De maneira geral, durante o período em que tiveram diarreia, 79% das crianças teve uma TRO e/ou recebeu mais líquidos. Por outro lado, nesses mesmos momentos de diarreia, certas crianças receberam diversos tipos de tratamento, administrados sozinhos ou acompanhados da rehidratação oral. Os tratamentos administrados são principalmente remédios caseiros (30%) e antibióticos (26%). O tratamento por medicamentos antimotílicos é pouco expressivo (1%), assim como as soluções intravenosas. Em contrapartida, 10% das crianças não recebeu tratamento algum quando tinha a diarreia.

Os resultados mostram que em relação às meninas, os meninos receberam frequentemente SRO ou mais líquidos (81% contra 77%); a quase totalidade das crianças em que se verificou sangramentos nas fezes (95%) foi tratada com SRO ou consumiu mais líquidos. Igualmente, as crianças do meio rural (87%) beneficiaram mais frequentemente desse tipo de tratamento quando tinham a diarreia do que as do meio urbano (87% contra 68%).

O quadro 9.9 apresenta os resultados segundo as práticas alimentares durante a diarreia. Quando a criança tem diarreia, é recomendado de lhe dar mais líquidos e alimentos. Os resultados mostram que 29% das crianças que tinham diarreia durante as duas semanas que precederam o inquérito, receberam a mesma quantidade de líquidos e, que 56% receberam mais. Em contrapartida, 8% receberam ligeiramente menos e, em 5% dos casos, muito menos. No que diz respeito aos alimentos, constata-se que em 30% dos casos as doses alimentares foram aumentadas e que em 31% dos casos, elas não se alteraram; para 35% das crianças, as doses foram diminuídas e, em cerca da metade (16%) a diminuição foi considerável; em 1% dos casos, a alimentação foi completamente interrompida. Estes resultados indicam que uma forte proporção de mulheres não conhece e/ou não respeita os princípios básicos em matéria de nutrição das crianças durante os episódios de diarreia e, que por conseguinte aumentam os riscos de falecimento das suas crianças. Contudo, os resultados mostram que 47% das crianças receberam mais líquidos e continuaram a ser alimentadas e, que 63% das doentes foi tratado por uma TRO, receberam mais líquidos e continuaram a ser alimentadas durante a diarreia. Os resultados deixam aparecer que os meninos recebem ligeiramente melhores cuidados do que as raparigas quando sofrem de diarreia, sendo que 66% dos tratados por uma TRO, receberam mais líquidos e continuaram a ser alimentadas, contra 60% nas meninas; do mesmo modo, as crianças do meio rural são tratadas com maior frequência contra a diarreia do que as do meio urbano (69% contra 54%).

Quadro 9.9 Práticas alimentares durante a diarreia

Distribuição percentual das crianças menores de cinco anos que tiveram a diarreia nas últimas duas semanas que precederam o inquérito, segundo a quantidade de líquidos e alimentos que receberam em relação à prática habitual, percentagem de crianças que receberam mais líquidos e que continuaram a alimentar-se durante a diarreia e percentagem de crianças tratadas por TRO ou para as quais foi aumentado a quantidade de líquidos e que continuaram a alimentar-se durante o episodio de diarreia, por algumas características sociodemográficas IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

Características sociodemográficas	Quantidade de líquidos dada							Quantidade de alimentos dada								% para a qual foi aumentada a quantidade de líquidos e que continuou a alimentar-se[1]	% tratada por TRO ou para a qual foi aumentada a quantidade de líquidos e que continuou a alimentar	Efectivo de crianças com diarreia
	Mais	Mesma quantidade	Um pouco menos	Muito menos	Nada	NS/Sem informação	Total	Mais	Mesma quantidade	Um pouco menos	Muito menos	Nada	Não começou de comer	NS/Sem informação	Total			
Idade em mês																		
<6	*	*	*	*	*	*	100,0	*	*	*	*	*	*	*	100,0	*	*	15
6-11	(45,4)	(42,6)	(8,5)	(2,0)	(0,0)	(1,4)	100,0	(34,6)	(35,2)	(17,4)	(8,7)	(2,7)	(1,3)	(0,0)	100,0	(41,4)	(65,0)	41
12-23	59,5	22,0	11,9	5,2	1,3	0,0	100,0	33,1	19,4	23,9	20,9	1,4	0,0	1,4	100,0	45,8	67,3	81
24-35	63,2	23,9	2,6	9,0	0,5	0,8	100,0	26,7	43,0	11,8	15,6	2,0	0,0	0,8	100,0	55,4	61,4	61
36-47	(57,7)	(22,5)	(11,9)	(3,2)	(0,9)	(3,9)	100,0	(36,7)	(22,8)	(15,3)	(21,3)	(0,0)	(0,0)	(3,9)	100,0	(46,6)	(64,1)	45
48-59	(50,6)	(37,5)	(3,2)	(5,4)	(3,2)	(0,0)	100,0	(18,6)	(42,4)	(24,5)	(14,5)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	100,0	(44,1)	(56,0)	34
Sexo																		
Masculino	58,5	28,9	5,8	5,0	0,6	1,2	100,0	37,3	23,5	17,4	14,7	1,2	4,0	2,0	100,0	50,4	65,7	147
Feminino	52,7	28,0	10,8	5,2	2,4	0,8	100,0	22,5	38,9	18,4	18,0	1,2	0,4	0,4	100,0	42,7	59,5	129
Tipo de diarreia																		
Sem sangramento	52,3	31,6	8,8	5,4	0,7	1,2	100,0	28,0	31,2	19,2	17,0	1,4	2,4	0,9	100,0	43,8	61,4	246
Com sangramento	(92,6)	(3,7)	(1,2)	(2,6)	(0,0)	(0,0)	100,0	(53,5)	(24,4)	(8,5)	(11,5)	(0,0)	(2,0)	(0,0)	100,0	(81,6)	(82,8)	26
Meio de residência																		
Urbano	42,4	39,7	7,9	8,2	0,8	1,0	100,0	34,4	33,1	10,8	13,7	1,1	5,5	1,4	100,0	38,4	54,2	115
Rural	65,3	20,5	8,4	2,9	1,9	1,1	100,0	27,5	29,0	22,9	18,1	1,4	0,0	1,1	100,0	52,8	69,0	161
Nível de instrução da mãe																		
Nenhum	*	*	*	*	*	*	100,0	*	*	*	*	*	*	*	100,0	*	*	9
Primário	59,0	27,7	6,8	4,7	1,2	0,5	100,0	30,6	29,2	18,5	17,8	0,8	3,0	0,2	100,0	50,0	63,2	212
Secundário ou mais	45,9	28,7	14,2	7,2	0,7	3,2	100,0	32,1	30,4	18,6	12,4	3,3	0,0	3,2	100,0	37,6	67,1	55
Quintil de bem-estar económico																		
O mais pobre	57,6	18,4	9,4	7,0	2,9	4,5	100,0	24,0	30,4	17,0	22,7	1,4	0,0	4,5	100,0	44,2	63,0	51
Segundo	(53,6)	(35,5)	(4,8)	(3,8)	(2,2)	(0,0)	100,0	(32,6)	(34,7)	(19,5)	(12,2)	(1,1)	(0,0)	(0,0)	100,0	(48,7)	(64,3)	48
Médio	63,5	27,4	8,5	0,6	0,0	0,0	100,0	31,7	35,8	16,6	13,2	1,9	0,9	0,0	100,0	51,2	62,6	59
Quarto	57,9	33,2	1,6	5,2	1,3	0,8	100,0	28,9	30,5	8,4	20,9	1,5	8,1	1,6	100,0	50,4	54,7	71
O mais rico	(43,3)	(26,3)	(19,70	(9,6)	(1,1)	(0,0)	100,0	(35,7)	(21,1)	(32,9)	(10,3)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	100,0	(36,7)	(73,6)	48
Total	55,8	28,5	8,2	5,1	1,4	1,0	100	30,4	30,7	17,9	16,2	1,2	2,3	1,2	100,0	46,8	62,8	276

[1] Ou seja as crianças para as quais foi aumentada a quantidade de alimentos, as que receberam quase a mesma quantidade ou as que receberam um pouco menos enquanto tinham diarreia.
( ) Caso de efectivos não ponderados entre 25 e 49.
* Caso de efectivos não ponderados inferiores a 25.

O quadro 910 apresenta as proporções de mulheres de 15-49 anos que tiveram um nascimento durante os cinco anos que precederam o inquérito e, que declararam conhecer os pacotes de SRO. A quase totalidade das mulheres conhece os SRO (95%) e esta proporção é elevada qualquer que seja a característica sócio-demográfica. O que se pode sublinhar é que a proporção das mulheres que conhecem os SRO é ligeiramente mais baixa entre as mulheres jovens de 15-19 anos (91%), as que não têm nenhum nível de instrução (91%) e entre as que vivem num agregado pertencente o quintil mais rico (91%).

Quadro 9.10 Conhecimento dos pacotes de SRO ou de líquidos précondicionados,

Percentagem de mulheres de 15-49 anos que tiveram um nascimento nos cinco últimos anos anteriores ao inquérito e que conhecem os SRO ou os líquidos SRO em pacote précondicionados destinados ao tratamento da diarreia, por características sociodemográficas, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

Características sociodemográficas	Percentagem de mulheres que conhecem os SRO ou os líquidos SRO em pacote précondicionados	Efectivo de mulheres
Grupo etário		
15-19	90,5	95
20-24	94,8	305
25-34	95,6	629
35-49	96,5	356
Meio de residência		
Urbano	95,8	684
Rural	94,7	703
Região		
Região Centro	95,5	834
Região Sul	92,8	187
Região Norte	95,5	302
Região do Príncipe	98,6	63
Nível de instrução da mãe		
Nenhum	91,2	69
Primário	95,5	953
Secundário ou mais	95,5	365
Quintil de bem-estar económico		
O mais pobre	95,3	282
Segundo	95,3	298
Médio	97,3	290
Quatro	96,8	274
O mais rico	91,1	242
Total	95,3	1 386

SRO = Sais de Rehidratação Oral.

9.4 PRÁTICAS EM MATÉRIA DE HIGIÉNE

O não respeito de regras de higiene básicas pode causar a diarreia, assim como o consumo de água não tratada ou de alimentos preparados e conservados em más condições. Por esta razão, durante o inquérito, foram perguntadas às mães cujo filho mais novo tinha menos de cinco anos, perguntas relativas aos meios utilizados para eliminar as fezes das crianças. Os resultados são apresentados no quadro 9.11.

Globalmente, constata-se que em apenas 32% dos casos, as mães eliminaram as fezes das crianças de maneira higiénica: seja a criança utilizou sanitas ou latrinas (15%), seja as fezes foram deitadas nas sanitas (13%), seja as fezes foram enterradas (4%). Em contrapartida, para 68% de crianças, as mães

deitam as fezes no lixo (30%), ou deixam ao ar livre lavando apenas a criança (29%), aumentando assim o risco de propagação de doenças.

Nota-se que quando o agregado dispõe de sanitas privadas e melhoradas, 69% das fezes das crianças são evacuadas de maneira higiénica, contra 16% quando as sanitas/latrinas são do tipo não melhoradas e colectivas. Do mesmo modo, para 50% das crianças cuja mãe tem um nível secundário, as fezes foram eliminadas de forma higiénica, contra 15% quando a mãe não tem nenhum nível de instrução. Por último, nos agregados mais ricos, as fezes das crianças foram eliminadas de maneira higiénica em 67% dos casos, contra 15% nos agregados pertencentes aos dois quintis mais pobres.

Quadro 9.11 Tratamento das fezes das crianças

Distribuição percentual das crianças mais novas menores de cinco anos vivendo com a mãe, segundo o tipo de tratamento das ultimas fezes e percentagem de crianças para as quais as fezes foram eliminadas de forma higiénica por características sociodemográficas, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

	Meios para eliminar as fezes das crianças									
Características sociodemográficas	Criança utilizou sanitas ou latrinas	Deitar ou lavar na sanita ou latrinas	Enterrada	Deitar no lixo	Deixar a ar livre lavando apenas a criança	Outro	Sem informação	Total	Percentagem de crianças para as quais as fezes foram eliminadas de forma higiénica	Efectivo de mães
Idade em mês										
<6	2,2	17,0	4,2	28,1	22,7	22,6	3,2	100,0	23,4	187
6-11	7,6	12,0	2,1	30,1	29,1	16,8	2,4	100,0	21,7	192
12-23	15,4	15,0	2,1	35,9	24,2	4,5	2,9	100,0	32,5	329
24-35	18,0	13,2	6,7	28,9	30,2	1,4	1,7	100,0	37,9	302
36-47	20,5	9,6	7,3	24,8	34,5	1,2	2,1	100,0	37,4	205
48-59	23,6	6,5	1,9	22,8	41,4	1,9	1,8	100,0	32,0	116
Retrete										
Melhorado, privado[1]	34,8	32,1	2,4	13,6	9,1	7,1	0,9	100,0	69,2	397
Não melhorado ou partilhado	5,7	4,7	5,1	36,5	37,7	7,3	3,0	100,0	15,5	926
Sem informação	*	*	*	*	*	*	*	100,0	*	7
Meio de residência										
Urbano	18,6	15,6	2,4	27,3	28,3	6,3	1,5	100,0	36,7	651
Rural	10,6	10,2	6,0	31,7	30,0	8,3	3,2	100,0	26,7	679
Região										
Região Centro	17,1	14,3	3,2	28,1	25,1	9,2	2,9	100,0	34,6	790
Região Sul	7,5	6,2	0,5	35,8	45,5	3,2	1,3	100,0	14,2	182
Região Norte	13,1	13,0	6,0	33,2	27,2	5,4	2,0	100,0	32,1	296
Região do Príncipe	8,9	13,3	19,6	12,3	41,0	4,8	0,0	100,0	41,8	62
Nível de instrução da mãe										
Nenhum	6,9	8,2	0,0	31,9	42,4	8,0	2,5	100,0	15,2	64
Primário	11,0	10,4	4,3	33,0	32,0	6,5	2,8	100,0	25,7	920
Secundário ou mais	25,2	20,2	5,0	20,0	19,0	9,5	1,1	100,0	50,4	346
Quintil de bem-estar económico										
O mais pobre	6,1	3,2	5,2	39,8	33,7	8,8	3,2	100,0	14,5	263
Segundo	6,3	5,2	3,6	35,0	38,7	8,6	2,7	100,0	15,1	285
Médio	5,8	12,7	4,9	29,2	39,4	6,0	2,0	100,0	23,4	286
Quatro	20,5	18,1	5,4	26,6	21,9	4,9	2,5	100,0	44,1	261
O mais rico	37,8	27,3	1,8	15,1	7,9	8,7	1,4	100,0	66,9	235
Total	14,5	12,9	4,2	29,5	29,1	7,4	2,4	100,0	31,6	1 330

[1] Sanitas especificas equipadas de dispositivos de descarga de agua ou com aguas residuais evacuadas através de um sistema de canalização de rede de esgoto/fossa séptica/fossa/fossa melhorada, as latrinas com cobertura.
* Caso de efectivos não ponderados inferiores a 25.

PALUDISMO 10

O paludismo é sem dúvida, a mais disseminada doença parasitária tropical, afectando, pelo menos, quatro de cada dez pessoas no mundo. É uma doença mortal, particularmente na África tropical, onde ocorrem 90% de casos mundiais e o maior número de mortes devido à esta parasitose. Esta doença mata 2,7 milhões de pessoas por ano (Mais de 80% de casos provenientes de África) e mata em cada 30 segundo uma criança em África.

A tentativa de eliminação do paludismo é secular em São Tomé e Príncipe (STP), a história revela registos desde o século XV. Na década dos anos 80, depois de 3 ciclos duma campanha nacional pulverização intradomiciliar levado a cabo no país (1981-1984), o índice plasmódico reduziu-se de 19,2% para 0,6%. Mas a partir de por razões de várias ordens, tais como: surgimento da resistência do vector ao insecticida (DDT), renitência da população às pulverizações intradomiciliares, declinação progressiva e suspensão, por razões financeiras (falta de disponibilidade de fundos para a continuidade das acções) e insuficiente empenho político, em 1985 e 1986 foram registados respectivamente 161 e 279 óbitos por paludismo em STP, quando em 1981 e 1984 tinham sido registados, apenas 0 e 8 óbitos palustres, respectivamente. Esta epidemia aparece na sequência da suspensão das acções de pulverização e catalisadas pela perda de "imunidade" contra o paludismo e por insuficiente vigilância epidemiológica.

O Programa Nacional de Saúde, para fazer regredir o paludismo tem consentido esforços traduzidos no engajamento do governo e dos vários parceirosbilaterias e multilateriais, na dotação de recursos financeiros adicionais, e na integração de acções de prevenção (luta antivectorial), tratamento, diagnóstico, comunicação para mudança do comportamento, reforço institucional, manejo ambiental e de monitoramento e avaliação, que têm se reflectido últimos anos na diminuição dos índices epidemiológicos desta doença.

Nos últimos cinco anos a malária apresentou um declino vertiginoso com 63.199 casos em 2003 para 3.893 em 2009, uma incidência parasitária anual (IPA) 22,3 casos/1000 e uma taxa de mortalidade de 0,14/1000 habitante e com uma. Actualmente, o paludismo não constitui a primeira causa de doença e morte no país, associado a uma redução de resultados, que definem assim um novo perfil epidemiológico palúdico com passagem de um estado meso-hiperendémico para hipoéndemico traduzido numa diminuição **significativa dos** índices plasmódicos na crianças de 2-9 anos de 35,4% em 2003 e 2,2% em 2008.

O IDS STP 2008-2009 permitiu recolher dados relativos à utilização dos meios de prevenção e de luta contra essa doença. Os resultados apresentados neste capítulo dizem respeito ao acesso das famílias aos mosquiteiros, à utilização dos mosquiteiros, nomeadamente pelas mulheres grávidas e pelas crianças de menos de cinco anos, à toma de antipalúdicos a título preventivo e ao Tratamento Preventivo Intermitente (TPI) pelas mulheres durante a gravidez e à prevalência da febre e de tratamento antipalúdico, incluindo as Combinações Terapêuticas a base de Artemisimina (CTA) ou *Artemisinin Based Combination Therapy* (ACT).

10.1 ACESSO AOS MOSQUITEIROS

Uma das estratégias importantes de luta contra o paludismo é a protecção individual pela utilização de mosquiteiros impregnados de insecticidas. Durante o inquérito, perguntámos portanto a cada agregado familiar se possuia mosquiteiros e se os utilizava para dormir, o número de mosquiteiros

disponíveis e havia quanto tempo possuiam os mosquiteiros. Para além disso, perguntou-se às famílias se os mosquiteiros tinham sido impregnados de insecticida e o tempo que tinha passado desde a última impregnação.

Os resultados apresentados no quadro 10.1 mostram que em STP, aproximadamente sete agregados familiares em cada dez (68%) possuem pelo menos um mosquiteiro tratado ou não e que 41% possui mais de um. A maior parte dos agregados que possuem de um mosquiteiro, possuem um MII (61%). A proporção de agregados familiares que dispõem pelo menos um mosquiteiro MII (Mosquiteiro Impregnado de Insecticidas) é mais elevada no meio urbano (69%) do que no meio rural (52%). As variações inter-regionais são relativamente importantes: as proporções mais fracas são observadas nas regiões de Príncipe (68%) e do Centro (63%). Por outro lado, os resultados segundo o estatuto económico da família mostram que a posse de um MID é mais frequente nas famílias mais ricas do que nas outras (73% contra 44%).

Às famílias que declararam possuir um mosquiteiro, perguntou-se quem tinha dormido sob esse mosquiteiro na noite que precedeu o inquérito. Os resultados são apresentados para o conjunto das mulheres e para os dois grupos de população particularmente vulneráveis ao paludismo: as crianças menores de cinco anos e as mulheres grávidas.

Quadro 10.1 Posse de mosquiteiros

Percentagem de agregados familiares que possuem pelo menos um mosquiteiro e percentagem que possui mais de um mosquiteiro (impregnado ou não); percentagem de agregados que possuem pelo menos um mosqueteiro impregnado e percentagem que possui mais de um; percentagem que possui um mosqueteiro impregnado de insecticidas (MII) e percentagem com mais de que um mosqueteiro; e número médio de mosqueteiro por agregado, segundo algumas características sociodemográficas, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

	Qualquer tipo de mosquiteiro			Mosquiteiro impregnado[1]			Mosquiteiro impregnado[2] de Insecticida (MII)			
Características sociodemográficas	Percentagem que possui pelo menos um	Percentagem que possui mais de um	Número médio de mosquiteiros por agregado	Percentagem que possui pelo menos um	Percentagem que possui mais de um	Número médio de mosquiteiros impregnados por agregado	Percentagem que possui pelo menos um	Percentagem que possui mais de um	Número médio de MII por agregado	Efectivo de agregados
Meio de residência										
Urbano	75,2	48,3	1,5	74,9	47,8	1,5	69,2	43,5	1,3	1 756
Rural	61,1	34,2	1,1	60,6	33,9	1,1	52,4	28,9	0,9	1 780
Região										
Região Centro	70,5	44,7	1,3	70,1	44,3	1,3	62,7	39,7	1,2	2 102
Região Sul	62,3	38,2	1,1	61,9	37,8	1,1	57,1	32,8	1,0	514
Região Norte	63,5	32,0	1,1	62,9	31,7	1,1	55,9	27,7	0,9	736
Região do Príncipe	75,1	46,1	1,4	75,1	46,1	1,4	68,1	39,6	1,2	184
Quintil de bem-estar económico										
O mais pobre	50,1	22,3	0,8	49,6	22,1	0,8	44,1	19,6	0,7	851
Segundo	63,9	31,8	1,0	63,3	31,3	1,0	58,0	27,1	0,9	743
Médio	73,6	43,9	1,3	73,2	43,7	1,3	65,2	39,5	1,2	712
Quarto	78,6	55,5	1,6	78,0	55,1	1,6	70,0	48,7	1,4	623
O mais rico	81,2	61,3	1,8	81,2	60,7	1,8	72,9	53,8	1,6	606
Total	68,1	41,2	1,3	67,7	40,8	1,3	60,8	36,2	1,1	3 536

[1] Um mosquiteiro impregnado é um mosquiteiro inicialmente tratado ou não que posteriormente (em qualquer momento) foi impregnado.
[2] Um mosquiteiro Impregnado de insecticida (MII) é, quer 1) um mosquiteiro industrialmente impregnado que não necessita de tratamento suplementar, quer 2) um mosquiteiro pré-impregnado adquirido nos últimos 12 meses, quer 3) um mosquiteiro que foi mergulhado num líquido insecticida nos 12 últimos meses.

O quadro 10.2 apresenta os resultados relativos às crianças menores de cinco anos. Mais de seis crianças em cada dez (62%) tinham dormido sob um mosquiteiro na noite que precedeu o inquérito e a maioria tinha dormido sob um mosquiteiro MII (56%). Nos agregados familiares que possuem pelo menos um MII, 75% das crianças tinha dormido sob esse tipo de mosqueteiro. Os resultados desagregados segundo a idade mostram que quanto mais a criança avança em idade, menos dorme debaixo de um mosquiteiro. Por outro lado, constatamos que a proporção de rapazes que dormiram sob um mosquiteiro está muito próxima da das raparigas (61% contra 63%).

Os resultados segundo o meio e a região de residência fazem aparecer desvios importantes. A proporção de crianças que dormiram sob mosqueteiro tratado ou não, na noite que precedeu o inquérito, é mais elevada no meio urbano do que no meio rural (respectivamente 73% contra 52% para qualquer tipo de mosqueteiro e 87% contra 46% para um MII). Nas regiões constatamos que a percentagem de utilização dos mosqueteiros pelas crianças é mais elevada na Região Sul (68%) e mais fraca na Região Norte (58%). A utilização dos mosqueteiros pelas crianças varia igualmente em função do estatuto socio-económico da família: é nas famílias mais ricas que as crianças dormem mais frequentemente debaixo de mosqueteiros (74% contra um mínimo de 48% no quintil mais pobre).

Quadro 10.2 Utilização de mosquiteiros nas crianças

Entre as crianças menores de cinco anos em todos os agregados familiares, percentagem que dormiu sob mosquiteiro (impregnado ou não) na noite precedente o inquérito, percentagem de crianças que dormiram debaixo de um mosquiteiro impregnado e percentagem de crianças que dormiram sob um mosquiteiro impregnado de insecticida (MII), e entre as crianças menores de cinco anos de agregados que possuem pelo menos um MII, percentagem que dormiu sob um MII na noite anterior ao inquérito, por características sociodemográficas, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

	Crianças menores de cinco anos em todos os agregados				Crianças menores de cinco anos dos agregados que têm um MII	
Características sociodemográficas	Percentagem que dormiu sob mosquiteiro na noite precedente o inquérito	Percentagem que dormiu sob mosquiteiro impregnado[1] na noite precedente o inquérito	Percentagem que dormiu sob MII[2] na noite precedente o inquérito	Efectivo de crianças	Percentagem que dormiu sob um MII na noite anterior ao inquérito	Efectivo de crianças
Idade em mês						
<1	66,5	66,4	59,2	443	75,8	346
1	64,8	64,3	59,1	402	77,4	307
2	62,4	61,9	57,4	421	74,1	326
3	60,9	60,9	54,2	462	73,3	341
4	56,3	55,6	49,2	355	75,5	231
Sexo						
Masculino	61,4	61,2	55,6	1 040	75,5	765
Feminino	63,3	62,9	56,4	1 043	74,8	786
Meio de residência						
Urbano	72,9	72,6	66,9	1 015	83,3	816
Rural	52,3	52,0	45,6	1 068	66,2	735
Região						
Região Centro	63,2	62,7	57,3	1 227	76,0	925
Região Sul	67,6	67,1	58,1	283	80,0	205
Região Norte	57,8	57,8	52,3	467	71,7	340
Região do Príncipe	59,4	59,4	51,8	107	67,9	81
Quintil de bem-estar económico						
O mais pobre	47,5	47,5	43,3	420	65,9	276
Segundo	55,9	55,1	49,1	417	66,8	307
Médio	64,4	64,4	59,7	457	74,8	364
Quarto	71,0	70,2	63,1	421	83,4	319
O mais rico	74,2	74,2	65,6	368	84,4	286
Total	62,4	62,0	56,0	2 083	75,2	1 552

[1] Um mosquiteiro impregnado é um mosquiteiro inicialmente tratado ou não que posteriormente (em qualquer momento) foi impregnado.
[2] Um mosquiteiro Impregnado de insecticida (MII) é, quer 1) um mosquiteiro industrialmente impregnado que não necessita de tratamento suplementar, quer 2) um mosquiteiro pré-impregnado adquirido nos últimos 12 meses, quer 3) um mosquiteiro que foi mergulhado num líquido insecticida nos 12 últimos meses.

O quadro 10.3.1 apresenta os resultados para o conjunto das mulheres de 15-49 anos. Globalmente, constatamos que 57% das mulheres dormiu sob um mosquiteiro, principalmente sob um mosquiteiro MII (51%), na noite que precedeu o inquérito. Constatamos variações segundo as características das mulheres. Essa proporção é mais fraca no meio rural (46%) do que no meio urbano (66%). Nas regiões, as diferenças são mínimas; é na Região do Príncipe (59%) que a proporção é mais elevada. Ao contrário, é na Região Norte (53%) que observamos a proporção mais fraca. Por outro lado, notamos desvios de utilização segundo o nível de instrução: são as mulheres sem instrução que dormiram menos frequentemente sob mosqueteiro na noite anterior ao inquérito (44% contra 58% para os níveis primário e secundário ou superior). Os resultados segundo o quintil de bem-estar económico mostram um nível de utilização dos mosquiteiros mais elevado no quintil mais rico em comparação com os outros.

Quadro 10.3.1 Utilização de mosquiteiros nas mulheres

Entre as mulheres de 15-49 anos em todos os agregados familiares, percentagem que dormiu sob mosquiteiro (impregnado ou não) na noite precedente o inquérito, percentagem que dormiu sob mosquiteiro impregnado e percentagem de mulheres que dormiram sob um mosquiteiro impregnado de insecticida (MII), e entre as mulheres de 15-49 anos de agregados que possuem pelo menos um MII, percentagem que dormiu sob um MII na noite anterior ao inquérito, por características sociodemográficas, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

	Entre as mulheres de 15-49 anos em todos os agregados				Entre as mulheres de 15-49 anos nos agregados que têm um MII	
Características sociodemográficas	Percentagem que dormiu sob mosquiteiro na noite precedente o inquérito	Percentagem que dormiu sob mosquiteiro impregnado[1] na noite precedente o inquérito	Percentagem que dormiu sob MII[2] na noite precedente o inquérito	Efectivo de mulheres	Percentagem que dormiu sob um MII na noite anterior ao inquérito	Efectivo de mulheres
Meio de residência						
Urbano	66,1	66,0	60,5	1 698	78,0	1 318
Rural	45,8	45,6	39,4	1 401	60,9	907
Região						
Região Centro	57,5	57,3	51,7	1 979	70,8	1 446
Região Sul	57,9	57,7	52,3	384	75,9	265
Região Norte	53,7	53,7	47,5	595	69,7	405
Região do Príncipe	59,0	59,0	52,1	141	67,8	109
Nível de instrução						
Nenhum	43,6	42,7	39,4	195	66,5	115
Primário	57,9	57,7	51,8	1 768	72,2	1 267
Secundário ou mais	57,8	57,8	51,8	1 133	69,9	841
Quintil de bem-estar económico						
O mais pobre	41,6	41,6	35,8	536	57,9	331
Segundo	50,8	50,3	46,0	595	67,8	403
Médio	62,2	62,2	57,3	575	75,9	434
Quarto	60,6	60,4	54,5	679	74,2	499
O mais rico	65,7	65,7	58,2	715	74,6	558
Total	56,9	56,7	51,0	3 100	71,0	2 225

[1] Um mosquiteiro impregnado é um mosquiteiro inicialmente tratado ou não que posteriormente (em qualquer momento) foi impregnado.
[2] Um mosquiteiro Impregnado de insecticida (MII) é, quer 1) um mosquiteiro industrialmente impregnado que não necessita de tratamento suplementar, quer 2) um mosquiteiro pré-impregnado adquirido nos últimos 12 meses, quer 3) um mosquiteiro que foi mergulhado num líquido insecticida nos 12 últimos meses.

Nas famílias que têm pelo menos um MII, 71% das mulheres tinha dormido sob um MII na noite anterior ao inquérito. No meio urbano e na Região Sul, essa proporção atinge respectivamente 78% e 76%.

O quadro 10.3.2 apresenta os resultados para as mulheres grávidas. A proporção de mulheres grávidas que dormiram sob um mosquiteiro na noite anterior ao inquérito é ligeiramente mais elevada do que o conjunto de todas as mulheres (62% contra 57%) e, na sua maioria, elas dormiram sob um mosquiteiro impregnado (57%). Da mesma forma, as variações das proporções são bastante próximas das observadas para o conjunto das mulheres. Com efeito, a proporção de mulheres grávidas que dormiram sob mosqueteiro é mais elevada no meio urbano (78%) do que no meio rural (45%) ; em função do nível de instrução, notamos que são as mulheres que têm instrução secundária ou superior que se protegem mais frequentemente contra o paludismo dormindo sob mosquiteiros (66% contra 62% para as que possuem o nível primário).

Nas famílias que possuem um MII, mais de sete mulheres grávidas de 15-49 anos em cada dez (72%) dormiram sob um MII na noite que precedeu o inquérito. Essa proporção é praticamente a mesma que a relativa ao conjunto das mulheres (72% contra 71%).

Quadro 10.3.2 Utilização de mosquiteiros nas mulheres grávidas

Entre as mulheres grávidas de 15-49 anos em todos os agregados familiares, percentagem que dormiu sob mosquiteiro (impregnado ou não) na noite precedente o inquérito, percentagem que dormiu debaixo de um mosquiteiro impregnado e percentagem de mulheres que dormiram sob um mosquiteiro impregnado de insecticida (MII), e entre as mulheres grávidas de 15-49 anos de agregados que possuem pelo menos um MII, percentagem que dormiu sob um MII na noite anterior ao inquérito, por características sociodemográficas, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

	Entre as mulheres grávidas de 15-49 anos em todos os agregados				Entre as mulheres grávidas de 15-49 anos nos agregados que têm um MII	
Características sociodemográficas	Percentagem que dormiu sob mosquiteiro na noite precedente o inquérito	Percentagem que dormiu sob mosquiteiro impregnado[1] na noite precedente o inquérito	Percentagem que dormiu sob MII[2] na noite precedente o inquérito	Efectivo de mulheres	Percentagem que dormiu sob um MII na noite anterior ao inquérito	Efectivo de mulheres
Meio de residência						
Urbano	77,6	77,6	69,3	126	83,6	105
Rural	44,9	44,9	42,3	111	56,5	83
Região						
Região Centro	62,8	62,8	56,6	148	70,6	118
Região Sul	(65,5)	(65,5)	(64,1)	30	(81,5)	24
Região Norte	(54,5)	(54,5)	(49,7)	44	(67,4)	32
Região do Príncipe	(73,5)	(73,5)	(63,6)	15	(73,3)	13
Nível de instrução						
Nenhum	*	*	*	12	*	5
Primário	62,4	62,4	55,8	152	69,5	122
Secundário ou mais	66,2	66,2	61,8	73	74,2	61
Quintil de bem-estar económico						
O mais pobre	(36,5)	(36,5)	(30,2)	47	(49,5)	29
Segundo	60,2	60,2	54,6	53	(67,0)	44
Médio	67,0	67,0	64,8	61	(81,8)	48
Quarto	(69,1)	(69,1)	(66,7)	43	(70,9)	40
O mais rico	(85,9)	(85,9)	(70,7)	32	(85,9)	27
Total	62,3	62,3	56,7	237	71,6	188

[1] Um mosquiteiro impregnado é um mosquiteiro inicialmente tratado ou não que posteriormente (em qualquer momento) foi impregnado.
[2] Um mosquiteiro Impregnado de insecticida (MII) é, quer 1) um mosquiteiro industrialmente impregnado que não necessita de tratamento suplementar, quer 2) um mosquiteiro pré-impregnado obtido nos últimos 12 meses, quer 3) um mosquiteiro que foi mergulhado num líquido insecticida nos 12 últimos meses.
( ) Caso de efectivos não ponderados entre 25 e 49.
* Caso de efectivos não ponderados inferiores a 25.

10.2 TRATAMENTO PREVENTIVO INTERMITENTE (TPI)

A fim de reduzir o fardo do paludismo durante a gravidez, recomenda-se que as mulheres grávidas não apenas durmam sob um mosquiteiro impregnado de insecticida, mas também tomem, a título preventivo, antipalúdicos ao longo da gravidez. Durante o IDS STP, perguntámos a todas as mulheres que tinham tido um nascimento nos últimos dois anos anteriores ao inquérito, se durante a gravidez mais recente elas tinham tomado antipalúdicos e, em caso de resposta positiva, de que antipalúdico se tratava. O quadro 10.4 apresenta as proporções de mulheres que tomaram um antipalúdico durante a gravidez, as proporções das que tomaram SP/Fansidar, bem como as proporções das que seguiram um Tratamento Preventivo Intermitente, ou seja das que receberam pelo menos 2 doses de SP/Fansidar nas visitas prénatais.

Quadro 10.4 Tratamento antipalúdico preventivo e Tratamento Preventivo Intermitente (PPI) nas mulheres grávidas

Percentagem de mulheres que tomaram antipalúdicos a titulo preventivo, percentagem que tomou SP/Fansidar, e percentagem que seguiu um Tratamento Preventivo Intermitente durante a gravidez do último nascimento nos dois últimos anos anteriores ao inquérito, por características sociodemográficas, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

		SP/Fansidar		Tratamento Preventivo Intermitente[1]		
Características sociodemográficas	Percentagem que tomou anti-palúdicos	Percentagem que tomou o Fansidar	Percentagem que tomou 2 doses ou +	Percentagem que tomou o Fansidar numa visita pré-natal	Percentagem que tomou 2 doses ou +, pelo menos uma dose num visita pré-natal	Efectivo de mulheres
Meio de residência						
Urbano	90,4	90,3	68,7	87,4	67,0	328
Rural	86,3	86,3	56,0	83,0	54,0	405
Região						
Região Centro	88,1	88,1	60,7	86,7	59,9	427
Região Sul	92,3	92,3	70,0	87,0	67,4	100
Região Norte	83,9	83,6	54,2	77,6	50,7	173
Região do Príncipe	100,0	100,0	87,4	95,7	84,0	33
Nível de instrução						
Nenhum	(90,3)	(90,3)	(47,2)	(83,2)	(43,5)	44
Primário	86,8	86,7	58,5	84,0	57,0	491
Secundário ou mais	91,1	91,1	72,7	87,7	70,5	198
Quintil de bem-estar económico						
O mais pobre	83,0	82,7	48,8	80,4	46,8	153
Segundo	83,1	83,1	55,6	79,6	54,4	176
Médio	95,3	95,3	69,7	92,0	68,0	161
Quarto	86,1	86,1	60,3	83,2	58,6	123
O mais rico	94,8	94,8	77,6	91,0	75,0	119
Total	88,2	88,1	61,6	85,0	59,8	733

[1] O Tratamento Preventivo Intermitente (TPI) é um tratamento que consiste em prescrever às mulheres grávidas pelo menos duas doses de SP/Fansidar numa visita do pré-natal.
( ) Casos de efectivos não ponderados entre 25 e 49.

Entre as mulheres que tiveram um último nascimento nos dois anos que precederam o inquérito, cerca de nove mulheres em cada duas (88%) tomaram, a título preventivo, antipalúdicos durante a gravidez. Aproximadamente nove mulheres grávidas em cada dez (88%) que tomaram um antipalúdico, ou seja 77% dentre 88%, tomaram ao menos uma dose de SP/Fansidar ao longo da gravidez. Em 62% dos casos, as mulheres declararam que elas tinham tomado pelo menos duas doses. Cerca de nove mulheres em cada dez (85%) declararam que elas tinham tomado SP/Fansidar no decurso duma visita prénatal e, em 60% dos casos, essas mulheres receberam pelo menos duas doses. Podemos portanto considerar que em STP, seis mulheres em cada dez (60%) seguiram o Tratamento Preventivo Intermitente durante a gravidez do último nascimento ocorrido nos dois anos anteriores ao inquérito.

As proporções de mulheres que tomaram duas doses ou mais de SP/Fansidar a título preventivo durante a gravidez variam segundo as características sociodemográficas. Globalmente, constatamos que a proporção é mais elevada no meio urbano do que no rural (69% contra 56%). Por região essa proporção é mais elevada na Região do Príncipe (87%) e mais fraca na Região Norte (54%). Notamos também que quanto mais instruídas são as mulheres, mais têm tendência em proteger-se do paludismo tomando antipalúdicos, a proporção variando de 47% entre as mulheres sem instrução para 59% entre as que têm o nível primário e para 73% entre as que possuem o nível secundário ou superior. Os resultados segundo os quintis mostram que a proporção de mulheres que tomaram antipalúdicos durante a gravidez aumenta geralmente do quintil mais pobre para o mais rico, variando de 49% para 78%. Para além disso, os resultados mostram que os níveis de seguimento do TPI (mulheres que tomaram pelo menos duas doses de SP/Fansidar durante uma visita prénatal), segundo as características sociodemográficas, seguem as mesmas tendências que as apresentadas pelas mulheres que tomaram antipalúdicos a título preventivo.

10.3 FEBRE E TRATAMENTO ANTIPALÚDICO

Durante o IDS STP, para além das questões relativas à disponibilidade de mosquiteiros nos agregados familiares, a sua utilização e o tratamento antipalúdico preventivo durante a gravidez, perguntou-se igualmente se as crianças menores de cinco anos tinham tido febre nas duas semanas que precederam o inquérito. Se a resposta era positiva, colocou-se então uma série de perguntas sobre o tratamento da febre: essas questões diziam respeito à toma de medicamentos antipalúdicos e ao momento em que o tratamento antipalúdico tinha sido administrado pela primeira vez. Os resultados são apresentados no quadro 10.5.

Em primeiro lugar, os resultados do quadro 10.5 mostram que entre as crianças menores de cinco anos que tiveram febre durante as duas semanas anteriores ao inquérito (17%), um pouco mais de 8% foram tratadas com medicamentos antipalúdicos e, para menos de 3%, as crianças foram tratadas rapidamente, ou seja logo após o aparecimento da febre ou no dia seguinte.

Segundo a idade, os resultados mostram que são as crianças de 48-59 meses (20%) que foram mais frequentemente tratadas com antipalúdicos quando tiveram febre; em um caso sobre dois, o tratamento foi recebido rapidamente após o aparecimento da febre (10%). Notamos igualmente que a proporção de crianças cuja febre foi tratada com antipalúdicos é mais elevada no meio urbano (11%) do que no meio rural (6%). Constatamos, para além disso, que as crianças cujas mães têm o nível de instrução secundário ou superior foram mais frequentemente tratadas com antipalúdicos quando tiveram febre, do que as crianças de mães menos instruídas (16% contra 6%). Por outro lado, as crianças cujas mães possuem um nível secundário ou mais foram mais rapidamente tratadas do que as crianças cujas mães têm o nível primário.

Quadro 10.5 Prevalência da febre e tratamento precoce

Percentagem de crianças menores de 5 anos que tiveram febre nas duas últimas semanas anteriores ao inquérito e, entre as crianças, percentagem que tomou antipalúdicos e percentagem que recebeu antipalúdicos o mesmo dia ou o dia seguinte o início da febre, por características sociodemográficas, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

	Entre as crianças menores de cinco anos:		Entre as crianças menores de cinco anos com febre:		
Características sociodemográficas	Percentagem que teve febre nas duas últimas semanas anteriores ao inquérito	Efectivo de crianças	Percentagem que tomou medicamentos antipalúdicos	Percentagem que tomou medicamentos antipalúdicos o mesmo dia ou o dia seguinte	Efectivo de crianças
Idade (em mês)					
<12	14,1	390	5,0	0,0	55
12-23	25,8	341	9,3	0,7	88
24-35	17,0	351	5,3	3,5	60
36-47	11,6	372	(1,8)	(0,0)	43
48-59	17,4	294	19,7	9,7	51
Meio de residência					
Urbano	17,1	843	10,8	5,4	144
Rural	16,9	906	6,2	0,0	153
Região					
Região Centro	20,7	1 024	10,3	3,3	212
Região Sul	8,8	233	(0,0)	(0,0)	21
Região Norte	14,0	408	5,7	1,1	57
Região do Príncipe	8,6	83	*	*	7
Nível de instrução da mãe					
Nenhum	3,4	87	*	*	3
Primário	17,7	1 213	5,6	0,7	215
Secundário ou mais	17,6	449	16,4	7,7	79
Quintil de bem-estar económico					
O mais pobre	15,0	360	2,7	1,8	54
Segundo	15,7	378	5,9	0,0	59
Médio	15,2	379	6,7	0,0	58
Quarto	18,5	336	14,0	7,8	62
O mais rico	21,5	295	11,7	3,0	63
Total	17,0	1 749	8,4	2,6	297

( ) Casos de efectivos não ponderados entre 25 e 49.
* Casos de efectivos não ponderados inferiores a 25.

Para as crianças menores de cinco anos que tiveram febre, o quadro 10.6 apresenta as proporções das que tomaram diferentes tipos de antipalúdicos e as proporções das que os tomaram logo após o aparecimento da febre.

Quadro 10.6 Diferentes antipalúdicos e tratamento precoce

Entre as crianças menores de cinco anos que tiveram febre nas duas últimas semanas anteriores ao inquérito, percentagem que tomou alguns antipalúdicos e percentagem de crianças por tipo de antipalúdico recebido o mesmo dia ou o dia seguinte o início da febre, por características sociodemográficas, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

	Percentagem de crianças que tomou:					Percentagem de crianças que tomou medicamentos o mesmo dia ou dia seguinte:				
Características sociodemográficas	SP/ Fansidar	Amodiaquina	Quinino	Combinação terapêutica com base de artemisinina (CTA)	Outro antipalúdico	SP/ Fansidar	Amodiaquina	Combinação terapêutica com base de artemisinina (CTA)	Outro antipalúdico	Efectivo de crianças que tiveram febre
Idade (em mês)										
<12	0,0	0,0	0,0	5,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	55
12-23	0,0	1,5	0,9	3,7	3,3	0,0	0,0	0,7	0,0	88
24-35	0,9	0,0	0,0	1,0	3,5	0,0	0,0	0,0	3,5	60
36-47	(0,0)	(1,8)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	43
48-59	2,9	2,7	0,0	8,1	8,7	2,9	2,7	0,0	4,1	51
Meio de residência										
Urbano	1,4	1,9	0,0	3,6	4,9	1,0	1,0	0,4	2,9	144
Rural	0,0	0,5	0,5	3,6	1,5	0,0	0,0	0,0	0,0	153
Região										
Região Centro	0,7	1,3	0,0	4,5	4,5	0,7	0,7	0,0	2,0	212
Região Sul	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	21
Região Norte	0,9	1,4	1,4	2,1	0,0	0,0	0,0	1,1	0,0	57
Região do Príncipe	*	*	*	*	*	*	*	*	*	7
Nível de instrução da mãe										
Nenhum	*	*	*	*	*	*	*	*	*	3
Primário	0,7	0,4	0,4	1,8	2,4	0,5	0,0	0,3	0,0	215
Secundário ou mais	0,6	3,4	0,0	8,8	5,3	0,6	1,7	0,0	5,3	79
Quintil de bem-estar económico										
O mais pobre	2,7	0,0	0,0	0,0	0,0	1,8	0,0	0,0	0,0	54
Segundo	0,0	0,0	0,0	1,0	4,9	0,0	0,0	0,0	0,0	59
Médio	0,0	2,3	0,0	4,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	58
Quarto	0,0	1,2	1,2	1,0	10,5	0,0	0,0	1,0	6,7	62
O mais rico	0,8	2,2	0,0	10,9	0,0	0,8	2,2	0,0	0,0	63
Total	0,7	1,2	0,3	3,6	3,2	0,5	0,5	0,2	1,4	297

( ) Casos de efectivos não ponderados entre 25 e 49.
* Casos de efectivos não ponderados inferiores a 25.

A utilização desses antipalúdicos é extremamente fraca em STP. Com efeito, o medicamente mais frequentemente utilizado é o amodiaquina e ele representa o tratamento para apenas 1,2% e 0,5%das crianças com febre que tomaram rapidamente um antipalúdico após o aparecimento da febre. Notamos de seguida que o segundo antipalúdico mais utilizado é o quinino: 0,7% das crianças receberam-no a um qualquer momento, e 0,5% rapidamente após a ocorrência da febre. Por outro lado, para cerca de 4% das crianças, foram dadas CTA e para 0,2% esse tratamento foi feito no mesmo dia ou no dia seguinte. Geralmente, em 16% dos casos, um antipalúdico qualquer estava disponível em casa para tratar a criança imediatamente, como mostra o quadro 10.7.

Quadro 10.7 Disponibilidade de antipalúdicos nas casas das crianças que tiveram febre

Entre as crianças menores de cinco anos que tiveram febre nas duas últimas semanas anteriores ao inquérito, e que tomaram alguns antipalúdicos, percentagem para as quais o medicamento estava em casa aquando do início da febre, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

Medicamento	Percentagem para as quais o medicamento estava em casa aquando do inicio da febre	Efectivo de que tomou o antipalúdico específico
SP/Fansidar	*	2
Amodiaquina	*	3
Quinino	*	1
Combinação com base de artemisinina (CBA)	*	11
Outro antipalúdico	*	9
Qualquer antipalúdico	(15,7)	25

( ) Casos de efectivos não ponderados entre 25 e 49.
* Casos de efectivos não ponderados inferiores a 25.

SITUAÇÃO NUTRICIONAL DAS CRIANÇAS E DOS ADULTOS 11

Nos países em desenvolvimento, a má-nutrição é uma causa subjacente de óbitos por doenças infecciosas na criança. É o resultante de uma alimentação inadequada devida a práticas alimentares não apropriadas[1] e à prevalência das doenças infecciosas e parasitárias que se desenvolvem em condições higiénica, ambiental, individual e colectiva deficiente.

No decorrer do inquérito IDS STP, registou-se o peso e a altura das crianças menores de cinco anos e das mulheres de 15-49 anos, no intuito de determinar o seu estado nutricional. Em suma, foram recolhidos dados sobre as práticas de amamentação, de aleitamento de complemento, assim como o consumo de nutrientes (p. ex. ferro, vitamina A). Para avaliar a prevalência da anemia entre as crianças, as mulheres e os homens, foi realizado um teste de hemoglobina cujos resultados constituem o objecto deste capítulo.

11.1 ESTADO NUTRICIONAL DAS CRIANÇAS

A má-nutrição proteíno-energética nas crianças designa um conjunto de perturbações caracterizado por uma interrupção ou um atraso de crescimento. Trata-se de um resultado combinado de consumo alimentar inadequado e da morbilidade. A má-nutrição pode ser avaliada por sinais clínicos, análises bioquímicas ou medidas antropométricas. Entretanto, por razões práticas, os indicadores antropométricos constituem a medida mais utilizada na maior parte dos inquéritos. Os indicadores mais utilizados nas crianças menores de 5 anos de idade são: o peso em função da idade (peso-por-idade), a altura em função da idade (altura-por-idade) e o peso em função da altura (peso-por-altura).

A avaliação do estado nutricional baseia-se no conceito segundo o qual, numa população bem alimentada, as distribuições do peso e da altura das crianças, para uma determinada idade, se aproximam de uma distribuição normal. É geralmente aceito que o potencial genético de crescimento das crianças é o mesmo na maioria das populações, independentemente das origens. Para fins de comparação e de acordo com as recomendações da OMS e do CDC, o estado nutricional foi determinado utilizando a população de referência internacional definida pelo *United States National Center for Health Statistics*, mais conhecido por NCHS. Por esta razão, ainda recentemente, as medidas antropométricas recolhidas nos inquéritos eram sempre comparadas aos dados de referência do NCHS relativamente ao crescimento.

Um estudo sobre a utilização destas referências antropométricas permitiu de concluir que tais dados não eram suficientemente representativos do crescimento na pequena infância. Por isso, a OMS implementou, desde Abril de 2006, novas normas mundiais de crescimento para o bebé e a criança de menos de cinco anos (WHO Multicenter Growth Reference Study Group, 2006). Os resultados apresentados neste capítulo baseiam-se nas novas normas de crescimento.

Os três índices de má-nutrição apresentados neste relatório são exprimidos em termos de unidades de desvio-padrão (Z-contabilizar) em relação à mediana das Normas OMS 2006, referentes ao crescimento da criança. O quadro 11.1 apresenta as percentagens de crianças menores de cinco anos consideradas como atingidas de má-nutrição. Os resultados sobre o estado nutritivo baseiam-se em 1.544 crianças, para as quais foi possível recolher dados válidos sobre a idade, o peso e a altura. De entre estas

[1] As práticas alimentares inadequadas dizem respeito, não somente à qualidade e à quantidade dos alimentos ingeridos pelas crianças, mas também às etapas da introdução destes alimentos na alimentação das crianças.

crianças, 1.350 viviam no mesmo agregado que as suas mães, e foram também submetidas ao inquérito. Para estas últimas, a análise do estado nutritivo foi feita de acordo com algumas características recolhidas a partir do questionário Individual Mulher, tal como o intervalo intergenésico.

Atraso de crescimento

A má-nutrição crónica ou ainda conhecida por atraso de crescimento traduz-se numa altura muito pequena para a idade da pessoa. Esta situação é geralmente consequência de uma alimentação inadequada e/ou doenças infecciosas ocorridas durante um período relativamente longo ou que se manifestaram várias vezes. Além disso, considera-se que após a idade de dois anos, "… há pouca possibilidade que uma intervenção qualquer possa melhorar o crescimento. " (Delpeuch, 1991). Assim, o atraso de crescimento em estatura física verificado nas idades mais jovens é praticamente irreversível. A altura-por-idade é reveladora da qualidade do ambiente e, geralmente, do nível de desenvolvimento socioeconómico de uma população. Qualquer criança cuja altura é demasiadamente pequena para a sua idade pode, no entanto, ter um peso que corresponde à sua altura do momento. Por esta razão, a má-nutrição crónica não foi sempre perceptível numa população. Assim, uma criança de três anos mal-nutrida pode ter a altura de uma criança de dois anos bem alimentada. O índice altura-por-idade, que espelha a altura de uma criança em relação à sua idade, é por conseguinte uma medida dos efeitos a longo prazo da má-nutrição e varia muito pouco em função do período do ano em que as crianças foram medidas.

As crianças cuja altura-por-idade se situa abaixo de dois desvios-padrão da mediana das normas OMS do crescimento da criança são consideradas como sendo crianças que sofrem do atraso de crescimento ou de má-nutrição crónica, e as que se situam abaixo de três desvios-padrão sofrem do atraso de crescimento grave.

De acordo com os resultados do quadro 11.1 relativos ao índice altura-por-idade, constata-se que em STP, 29% das crianças menores de cinco anos sofre de má-nutrição crónica: cerca de três em cada dez crianças têm um altura-por-idade que se situa abaixo de -2 desvios-padrão da mediana da população de referência, e cerca de uma criança em cada oito (12%) sofre de má-nutrição crónica severa, ou seja que a sua altura-por-idade se situa abaixo de -3 desvios-padrão da mediana da população de referência. Estas proporções são muito mais elevadas em relação ao que se espera de uma população em boa saúde e bem alimentada, a saber 2,3% se situa a menos 2 desvios-padrão e 0,1% a menos 3 desvios-padrão.

Observa-se variações importantes da prevalência da má-nutrição crónica, por idade (quadro 11.1 e gráfico 11.1). As crianças de 6-8 meses parecem ser as mais afectadas (46 %) contrariamente aos de 36-47 meses (20 %).

No que tange o sexo, não se verifica discrepâncias significativas entre os rapazes (29 %) e as raparigas (30 %).

Em contrapartida, o intervalo intergenésico parece ter uma certa influência sobre a predominância da má-nutrição crónica, tendo em conta que as crianças nascidas num período inferior a dois anos em relação ao nascimento precedente são mais atingidas pela má-nutrição que as outras: 38% contra 26%, quando o intervalo intergenésico é de 48 meses ou mais.

Por outro lado, a predominância da má-nutrição crónica varia também em função do tamanho da criança ao nascimento. Quanto menor for o tamanho ao nascimento, maior é a prevalência da má-nutrição crónica: é a constatação feita para 48% das crianças muito pequenas, 41% das crianças pequenas e 28% das crianças de tamanho médio ou com bom peso. Observa-se a mesma tendência para a forma severa da má-nutrição crónica.

Quadro 11.1 Estado nutricional das crianças

Percentagem de crianças menores de cinco anos consideradas como malnutridas segundo os três índices antropométricos do estado nutricional (altura-por-idade; peso-por-altura, e peso-por-idade), por algumas características sociodemográficas, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

Características sociodemográficas	Altura-por-idade		Peso-por-altura			Peso-por-idade			Efectivo de crianças
	Percentagem abaixo de -3 DP	Percentagem abaixo de -2 DP[1]	Percentagem abaixo de -3 DP	Percentagem abaixo de -2 DP[1]	Percentagem acima de +2 DP	Percentagem abaixo de -3 DP	Percentagem abaixo de -2 DP[1]	Percentagem acima de de +2 DP	
Idade em mês									
<6	29,4	45,6	4,5	7,8	29,2	7,4	20,2	5,2	108
6-8	22,7	43,1	2,9	7,1	32,4	6,8	12,1	4,5	82
9-11	17,0	26,1	0,0	5,4	28,8	1,7	8,9	8,1	66
12-17	18,6	35,2	6,2	15,0	11,4	4,0	18,6	0,9	139
18-23	15,4	38,4	3,9	10,1	10,1	2,8	15,1	1,1	177
24-35	6,8	28,8	2,7	9,7	5,2	1,2	10,7	1,0	340
36-47	7,1	19,6	5,9	12,5	4,3	3,2	12,8	0,8	357
48-59	7,6	23,9	3,1	10,1	6,7	2,7	11,0	0,0	275
Sexo									
Masculino	12,6	29,1	5,1	10,9	9,6	3,6	15,7	1,9	772
Feminino	11,2	29,5	2,9	10,1	11,5	2,7	10,5	1,2	772
Intervalo intergenésico em mês[2]									
Primeiro nascimento	8,8	27,5	4,9	12,3	10,1	2,7	12,3	0,8	279
<24	22,4	38,0	4,0	8,5	17,5	2,0	15,4	2,6	101
24-47	12,9	32,0	2,8	10,3	11,1	3,7	14,3	2,2	511
48+	9,7	25,7	3,5	9,2	9,5	2,8	12,3	1,3	459
Tamanho ao nascer[3]									
Muito pequeno	(24,1)	(48,2)	(9,7)	(11,5)	(17,5)	(13,8)	(36,8)	(0,0)	28
Pequeno	13,7	41,4	1,7	19,3	8,8	5,7	26,8	1,2	56
Médio ou mais gordo do que a média	10,7	27,9	3,6	10,1	10,5	2,8	11,8	1,7	1 210
Sem informação	26,1	40,7	1,1	3,3	17,4	0,6	20,8	1,7	54
Entrevista da mãe									
Entrevistada	11,7	29,4	3,6	10,2	10,8	3,1	13,3	1,6	1 350
Não entrevistada mas vivendo no agregado	20,2	28,2	8,4	15,4	12,5	4,1	16,2	1,3	80
Não entrevistada e não vivendo no agregado[4]	9,1	29,0	5,8	10,3	5,4	3,2	8,8	0,8	114
Estado nutricional da mãe[5]									
Magra (IMC<18.5)	12,5	32,1	3,7	9,1	4,1	3,5	24,7	1,1	61
Normal (IMC 18.5-24.9)	13,3	32,8	4,3	10,9	12,1	2,9	15,1	1,9	744
Em sobrepeso/obesa (IMC ≥25)	9,5	23,5	3,3	10,0	10,5	3,5	10,1	1,5	507
Sem informação	16,4	31,2	3,8	10,8	9,0	2,6	11,2	0,8	117
Meio de residência									
Urbano	10,1	29,3	3,4	9,2	9,5	2,8	12,3	1,7	843
Rural	14,0	29,3	4,7	12,0	11,7	3,5	14,1	1,4	702
Região									
Região Centro	10,3	28,6	2,3	7,5	9,3	2,3	12,6	1,3	819
Região Sul	15,2	33,2	7,4	17,4	11,1	5,7	16,3	0,8	232
Região Norte	15,8	33,0	5,5	11,0	13,9	3,3	12,3	2,2	394
Região do Príncipe	2,0	10,9	3,8	16,3	5,6	3,5	13,1	2,7	99
Nível de instrução									
Nenhum	8,6	27,5	1,7	13,6	11,4	2,2	10,4	1,9	71
Primário	13,6	30,9	3,9	10,1	10,0	3,2	14,4	1,2	1 000
Secundário ou mais	8,8	25,6	4,3	10,9	13,8	3,2	11,1	2,8	353
Quintil de bem-estar económico									
O mais pobre	13,1	38,2	3,5	8,8	9,5	4,9	17,8	1,5	311
Segundo	16,4	34,9	3,8	11,1	12,8	3,6	13,3	1,2	319
Médio	14,5	32,2	4,5	11,3	10,2	3,3	14,9	1,0	364
Quarto	8,7	20,5	4,6	12,4	8,3	2,7	11,2	1,2	291
O mais rico	5,0	17,6	3,5	8,3	11,8	0,7	6,8	3,3	260
Total	11,9	29,3	4,0	10,5	10,5	3,1	13,1	1,6	1 544

Nota: O quadro é referente às crianças que pernoitaram no agregado a noite anterior ao inquérito. Cada índice é expressado em termos de número de unidade de Desvio Padrão (DP) em relação à mediana dos padrões da OMS referentes ao crescimento, adoptados em 2006. Os índices apresentados neste quadro não são comparáveis aos baseados nas normas NCHS/CDC/OMS utilizadas precedentemente. O quadro é baseado nos efectivos de crianças para os quais a data de nascimento (mês e ano) e as medidas de peso e altura são validas.

[1] Inclui crianças que se situam abaixo de -3 DP da mediana da população de referência internacional;

[2] Não inclui as crianças cuja mãe não foi entrevistada.

[3] Os primeiros nascimentos múltiplos (gémeos ou trigémeos, etc.) foram considerados como primeiro nascimento visto que não houve um intervalo com um nascimento precedente.

[4] Inclui crianças cuja mãe faleceu;

[5] Não inclui crianças cuja mãe não foi pesada e medida a altura. O estado nutricional da mãe, avaliado com base no IMC (Índice de Massa Corporal) é apresentado no quadro 11.10;

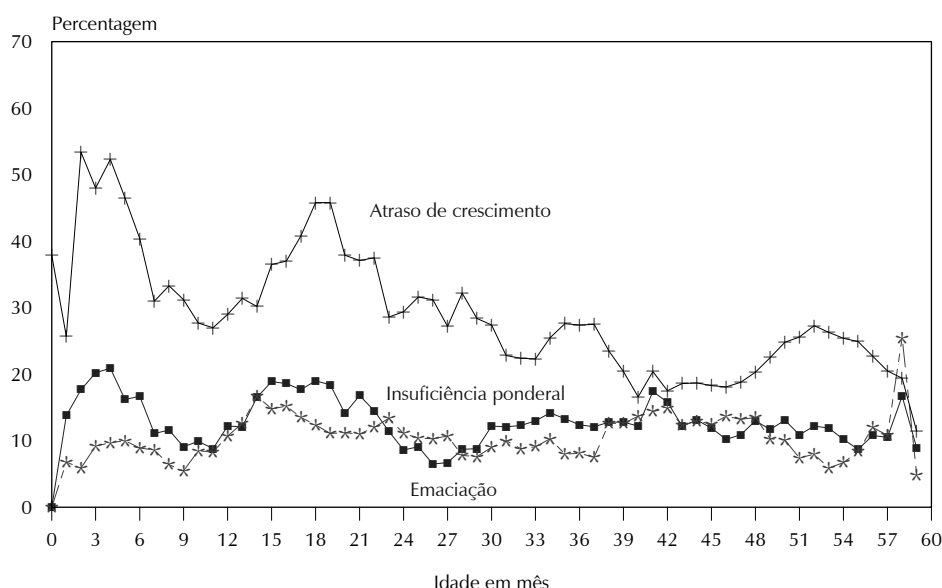
[6] Para as mulheres não entrevistadas, as informações provêem do questionário agregado familiar. Não inclui crianças cuja mãe não consta da lista dos membros do agregado familiar;

( ) Casos de efectivos não ponderados entre 25 e 49 anos.

Existe também uma relação entre a má-nutrição crónica e o estado nutricional da mãe, medida através do Índice de Massa Corporal (IMC). A prevalência da má-nutrição crónica é de 32% nas crianças cuja mãe é magra, de 33% entre as cuja mãe tem um IMC normal e, de 24% entre as de mãe obesa ou manifestando um excesso de peso. Observa-se esta mesma tendência na forma severa de má-nutrição.

Relativamente ao meio de residência, as variações de má-nutrição crónica são observadas apenas na má-nutrição crónica severa. Cerca de três de cada dez crianças (29%) sofrem de má-nutrição crónica moderada ou severa, nos dois meios. A proporção de crianças atingidas por um atraso de crescimento, na forma severa, varia de 10% no meio urbano para 14% no meio rural.

Quanto às regiões, constata-se que as taxas mais elevadas de má-nutrição crónica situam-se nas Regiões Sul e Norte (33%). Nota-se que nestas duas regiões, a prevalência da má-nutrição crónica é também elevada. Por outro lado, verifica-se que a prevalência da má-nutrição crónica é mais baixa na Região do Príncipio (11% contra 2% para a forma severa).

Gráfico 11.1 Estado nutricional das crianças menores de cinco anos

Nota : Média móvel de 5 meses

IDS STP 2008-2009

O nível de instrução da mãe influencia também o nível da má-nutrição crónica. As crianças cuja mãe tem um nível de instrução primário são as mais afectadas pelo atraso de crescimento (31%), contrariamente as crianças cuja mãe tem um nível secundário ou maior (26%). Os resultados por quintis de bem-estar económico apontam que a prevalência diminui com a melhoria do indicador de bem-estar, variando de 38% no quintil mais pobre para 18% no quintil mais rico.

Má-nutriçao aguda ou emaciação

No quadro 11.1 figuram as proporções de crianças atingidas de má-nutrição aguda, expressa pelo índice peso-por-altura. Este índice que espelha o volume do corpo em relação com a altura, reflecte a situação nutricional actual (no momento do inquérito), e pode por conseguinte ser influenciado fortemente pelo período em que os dados foram recolhidos. Este tipo de má-nutrição é na maioria dos casos a consequência de uma alimentação insuficiente no período que precedeu a recolha de dados e/ou de uma

perda de pesos consecutiva à uma doença (diarreia severa ou anorexia, por exemplo). Uma criança que sofre desta forma de má-nutrição é magra ou de pouco peso. As crianças cujo peso-por-altura se situa abaixo de menos dois desvios-padrão da mediana das normas OMS do crescimento da criança são consideradas como sofrendo de emaciação ou má-nutrição aguda; as que se situam abaixo de menos três desvios-padrão sofrem de emaciação severa.

De uma maneira geral, em STP, uma criança em cada dez (10%) sofre de insuficiência de peso (corpo) ou de má-nutrição aguda. Para 4% dos casos, as crianças sofrem da forma severa de má-nutriçao. Os resultados da prevalência segundo a idade mostram uma mais fraca prevalência entre as crianças de 9-11 meses (5%) e a mais elevada percentagem entre as crianças de 12-17 meses (15%). No entanto, os dados sobre a prevalência da má-nutrição por idade da criança devem ser interpretados com prudência devido ao efectivo reduzido em certos grupos etários. Observa-se uma diferença pouco significativa entre os dois sexos (11% para os meninos contra 10% para as meninas). Os resultados desagregados segundo as outras características sociodemográficas mostram que o nível de emaciação mais elevado se situa entre as crianças que manifestam uma altura deficiente (19%), da Região Sul (17%), do meio rural (12%) e entre as crianças cuja mãe não são instruídas (13%).

Os resultados segundo o intervalo intergenésico e o quintil de bem-estar económico indicam variações irregulares e pouco importantes.

Insuficiência ponderal

O quadro 11.1 apresenta finalmente, o estado nutricional das crianças através do índice peso-por-idade. Este indicador é um índice que reflecte, ao mesmo tempo e sem diferenciá-las, as duas precedentes formas de má-nutrição proteino-energética, crónica e aguda. É por conseguinte um índice combinado (dado que um fraco peso-por-idade pode ser provocado pelo emagrecimento assim como pelo atraso de crescimento) que traduz uma insuficiência ponderal nas crianças. Trata-se da medida mais utilizada pelos serviços de saúde para o seguimento dos progressos nutricionais e a vigilância do crescimento das crianças à baixa idade. Contudo, este indicador continua a ser pouco utilizado visto que não permite distinguir as longas deficiências alimentares (atraso de crescimento) das recentes (insuficiências de peso). A semelhança do índice de peso-por-altura, este índice é sensível às variações sazonais e o seu valor é de pouca relevância quando existe apenas só uma medida no tempo. A análise deste indicador neste capítulo está ligada essencialmente ao facto de permitir as comparações com os resultados de estudos ou de programas de seguimento do crescimento das crianças que utilizam esta medida. As crianças cujo peso-por-idade se situa a menos de dois desvios-padrão abaixo da mediana peso-por-idade da população de referência são consideradas como afectadas de insuficiência ponderal moderada; a menos de três desvios-padrão, fala-se de insuficiência ponderal severa.

Mais de uma em cada oito crianças (13%) menores de cinco anos de idade, em STP, sofre de insuficiência ponderal moderada e 3% de insuficiência ponderal severa. Estas proporções são nitidamente superiores às que se espera encontrar numa população de boa saúde e bem alimentada (respectivamente 2,3% e 0,1%).

Constata-se disparidades significativas em função das características socio-démográficas. Por idade, o nível de insuficiência ponderal é mais elevada entre as crianças com menos de 6 meses (20%) e mais entre as crianças de 9-11 meses (9%).

A desagregação dos resultados por sexo mostra que as crianças de sexo masculino são mais frequentemente afectadas pela insuficiência ponderal moderada do que as do sexo oposto (16% contra 11%). Não se observa diferenças relevantes segundo o intervalo intergenésico (15% quando o intervalo é

inferior à 24 meses contra 14% quando é compreendido entre 24-47 meses e 12% quando é de 48 meses ou mais).

As crianças cuja altura (tamanho) ao nascimento é considerada como muito pequena apresentam mais frequentemente uma insuficiência ponderal do que as outras (37% contra 27% entre as de pequena altura (tamanho) e, 12% entre as que eram de tamanho médio ou mais corpulentos que a média ao nascimento). Nota-se também que o nível da insuficiência ponderal depende do estado nutricional da mãe. Com efeito, 25% das crianças de mãe magra, apresentam uma insuficiência ponderal contra 15% entre as cuja mãe tem um IMC normal e 11% entre as de mãe obesa ou apresentando um excesso de peso. Os resultados por meio de residência mostram que a prevalência da insuficiência ponderal é ligeiramente mais elevada no meio rural (14%) que no meio urbano (12%). Segundo as regiões, constata-se que o nível de insuficiência ponderal moderada é mais elevada na Região Sul (16%).

O nível de instrução da mãe parece sensivelmente influenciar a prevalência desta forma de má-nutrição. Nota-se que 14% das crianças cuja mãe tem um nível de instrução primário apresenta uma insuficiência ponderal moderada, contra 11% de crianças de mãe com um nível de instrução secundário ou maior e 10% para as cuja mãe não tem nenhum nível de instrução. Por último, 18% das crianças das famílias mais pobres apresentam uma insuficiência ponderal moderada contra 7% nas famílias mais ricos.

11.2 AMAMENTAÇÃO E SUPLEMENTOS ALIMENTARES

As práticas alimentares constituem factores determinantes do estado nutricional das crianças que, por sua vez, afecta a morbilidade e a mortalidade das crianças. Entre as práticas, a amamentação reveste uma importância particular. Com efeito, pelas suas propriedades específicas, a saber, o seu valor nutritivo elevado, a sua inocuidade em matéria de germes, a sua riqueza em anticorpos, o leite materno protege a criança contra as doenças infecciosas e assegura-lhe um bom crescimento. Por outro lado, pela sua intensidade e sua frequência, a amamentação prolonga a infecundidade pós-parto e afecta, consequentemente, o intervalo intergenésico, o nível da fecundidade e o estado de saúde das crianças e das mães.

11.2.1 Início da amamentação

Considerando a importância das práticas de amamentação, perguntou-se às mães se amamentaram os filhos que tiveram nos últimos cinco anos que precederam o inquérito e, mais particularmente, a idade desses filhos no momento em que foram amamentados, durante quantos tempo foram amamentados, com que frequência os amamentavam, a idade dos filhos no momento em que foi introduzido a alimentação suplementar e o tipo de alimentos, e por último com que frequência os diferentes tipos de alimentos tinham sido dados à criança. De igual modo, perguntou-se às mães se utilizaram biberão na alimentação dos filhos.

O quadro 11.2 apresenta, por um lado, as proporções de crianças nascidas nos últimos cinco anos que precederam ao inquérito e que foram amamentadas e, por outro lado, de entre os últimos filhos amamentados, as percentagens dos que foram amamentados na hora ou no dia que seguiu o parto, segundo algumas características sociodemográficas. Ainda mais, este quadro apresenta a proporção de crianças que receberam alimentos antes de ser amamentadas.

A amamentação é uma prática generalizada em STP, e a quase a totalidade das crianças nascidas nos cinco anos que precederam ao inquérito (98%) foi amamentada. Trata-se de uma prática uniforme, independentemente das características socio-démographiques consideradas.

Quadro 11.2 Amamentação inicial

Percentagem de crianças nascidas nos cinco anos anteriores ao inquérito que foi amamentada; entre as crianças últimas-nascidas nos cinco anos anteriores ao inquérito que foram amamentadas, a percentagem das que começaram a amamentar na primeira hora após o nascimento, percentagem das que começaram a amamentar no dia após o nascimento e percentagem das que receberam uma alimentação pré-amamentação, por características sociodemográficas, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

	Entre as crianças nascidas nos últimos cinco anos		Entre as crianças últimas-nascidas que amamentaram			
Características sociodemográficas	Percentagem amamentada	Efectivo de crianças nascidas nos últimos cinco anos	Percentagem que amamentou na primeira hora após o nascimento	Percentagem que amamentou nas 24 horas após o nascimento[1]	Percentagem que recebeu uma alimentação pré-amamentação[2]	Efectivo de crianças últimas-nascidas que amamentaram
Sexo						
Masculino	97,1	942	43,9	85,4	11,4	681
Feminino	98,7	891	47,0	85,7	13,4	678
Meio de residência						
Urbano	97,0	890	45,1	85,1	14,6	668
Rural	98,7	943	45,7	86,0	10,2	691
Região						
Região Centro	97,4	1 085	47,3	86,2	11,8	814
Região Sul	99,4	240	44,5	75,9	11,4	186
Região Norte	98,0	423	45,0	87,5	16,3	296
Região do Príncipe	99,0	86	25,4	96,4	3,4	62
Nível de instrução da mãe						
Nenhum	94,2	100	39,4	83,1	10,2	68
Primário	97,9	1 268	44,6	86,0	12,6	931
Secundário ou mais	98,6	466	48,7	84,9	12,0	360
Assistência ao parto						
Profissional de saúde[3]	97,9	1 498	46,7	86,5	12,3	1 128
Parteira tradicional	97,1	246	42,2	88,1	13,4	176
Outro	(100,0)	48	(37,7)	(70,7)	(13,9)	40
Nenhuma	*	3	*	*	*	1
Sem informação	(100,0)	39	*	*	*	14
Local do parto						
Estabelecimento de saúde	97,9	1 444	46,6	86,6	12,6	1 086
Em casa	97,7	348	42,1	84,7	12,1	256
Outro	*	6	*	*	*	6
Sem informação	(100,0)	36	*	*	*	12
Quintil de bem-estar económico						
O mais pobre	98,0	386	45,2	87,1	12,9	275
Segundo	96,5	402	42,8	85,9	11,7	292
Médio	98,8	393	48,4	85,7	10,2	286
Quarto	98,1	350	47,8	85,4	14,6	270
O mais rico	98,0	304	42,8	83,4	12,5	236
Total	97,9	1 834	45,4	85,6	12,4	1 359

Nota: O quadro refere-se a todas as crianças nascidas nos cinco anos anteriores ao inquérito independentemente da condição de sobrevivência na época da entrevista (que estejam vem vida ou mortas).
[1] Inclui crianças que iniciaram a amamentação na primeira hora após o nascimento.
[2] As crianças que receberam algo que não seja o leite materno durante os primeiros três dias de vida.
[3] Médico, enfermeira/enfermeira parteira, parteira auxiliar.
( ) Casos de efectivos não ponderados entre 25 e 49.
* Casos de efectivos não ponderados inferiores a 25.

Embora a amamentação seja amplamente praticada, constata-se contudo que em STP, apenas 45% das crianças foi amamentada na hora que seguiu seu nascimento e que, de maneira geral, 86% das crianças foi amamentada pela primeira vez nas 24 horas que seguiram seu nascimento.

O início da primeira mamada varia segundo as regiões. Os resultados mostram que a proporção de crianças que recebeu a primeira mamada na hora que seguiu o parto é mais baixa (25%) na Região do Princípio. Os resultados por nível de instrução da mãe e o nível de bem-estar do agregado em que vive a criança não indicam diferenças significativas. Pode-se, no entanto, sublinhar que são as crianças de mãe com um nível de instrução secundário ou maior (49%) e as que vivem em agregados do quintil médio (48%) que foram mais frequentemente amamentadas logo após o nascimento.

O quadro 11.2 mostra igualmente que 12% das crianças recebeu alimentos antes do início da amamentação. Esta proporção varia de 11% no meio urbano para 13% no meio rural e, um mínimo de 3% na Região do Princípio para um máximo de 16% na Região Norte. Nota-se também que esta prática é mais frequente entre as crianças dos agregados situados no quarto quintil (15%).

11.2.2 Amamentação exclusiva e alimentação de complemento

De acordo com as recomendações da OMS e a UNICEF (as quais STP subscreveu), todas as crianças deveriam ser alimentadas exclusivamente ao peito durante os seis primeiros meses de vida. A introdução muito precoce de alimentos de suplemento não é recomendada porque expõe as crianças aos agentes patogénicos e aumenta assim o risco de contrair doenças infecciosas, particularmente a diarreia. Além disso, a alimentação precoce faz com que a criança amamenta-se menos, o que reduz a produção de leite materno. Finalmente, nas populações economicamente carenciadas, os alimentos de complemento são frequentemente pobres do ponto de vista nutritivo. Por outro, a partir de seis meses, a amamentação deve ser complementada pela introdução de outros alimentos adequados para satisfazer as necessidades nutritivas da criança, de modo a garanti-la o melhor crescimento possível.

As informações relativas à alimentação foram obtidas perguntando à mãe se o seu filho amamentava e que tipo de alimentos (sólidos ou líquidos) recebeu nas últimas 24 horas. Embora as perguntas sobre a amamentação tenham sido feitas para todas as crianças nascidas nos últimos cinco anos que precederam o inquérito, as relativas aos alimentos foram colocadas apenas para as crianças nasceram em última posição (crianças últimas nascidas). Para além disso, os resultados são apresentados apenas para as crianças menores de três anos, na medida em que praticamente todas as crianças deixam de mamar nessa idade.

Os resultados do quadro 11.3 mostram que todas as crianças foram amamentadas desde a nascença (100%), sendo esta prática prolongada durante muito tempo após o nascimento. Com efeito, até os 12-17 meses, 85% das crianças continuam ainda a amamentar-se. Constata-se que em STP, a amamentação exclusiva não é uma prática comum (gráfico 11.2). Efectivamente, durante os dois primeiros meses, 76% das crianças recebem apenas o leite materno, sendo esta proporção de apenas 44% entre 4-5 meses. No total, a proporção de crianças menores de seis meses amamentadas de forma exclusiva é cerca de 51%, enquanto 49% das crianças recebeu outros líquidos ou sólidos para além do leite materno. Em contrapartida, entre 6 e 8 meses, idade a partir da qual todas as crianças deveriam já receber alimentos, apenas 73% os recebem; entre 9-11 meses, esta proporção é de cerca de nove em cada dez crianças (89%).

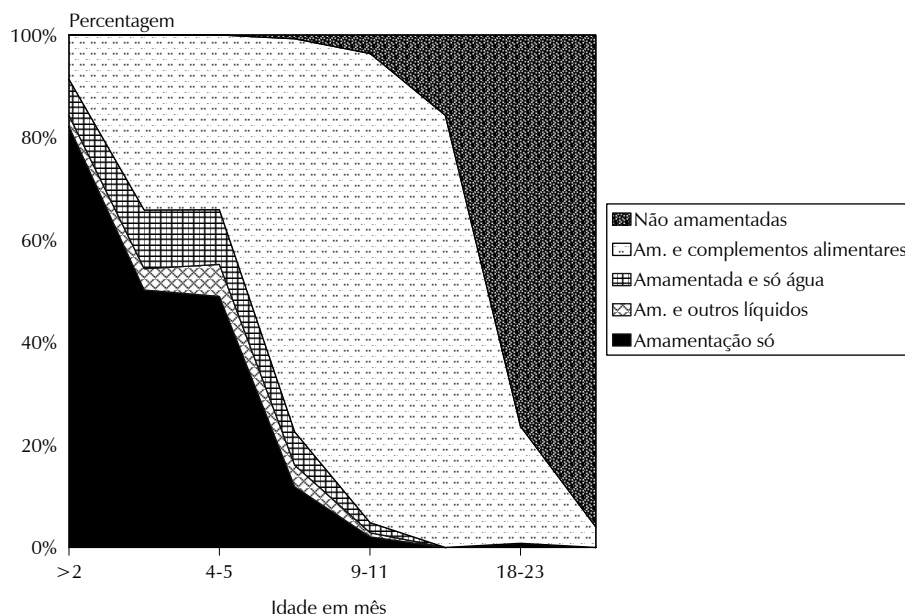
A utilização do biberão não é recomendada nas crianças de baixa idade, porque geralmente é associada ao aumento dos riscos de doenças, em particular das doenças diarreicas. Os biberões não lavados e as chuchas não esterilizadas convenientemente constituem a origem de perturbações gástricas, diarreias e vómitos nos bebés. O quadro 11.3 mostra que as mães utilizam frequentemente o biberão na alimentação das crianças em STP. Assim, 9% das crianças com menos de 2 meses tinham sido alimentadas através do biberão, durante as 24 horas que precederam a entrevista. Esta proporção é de 18% entre 4-5 meses.

Quadro 11.3 Situação da amamentação por idade da criança

Distribuição percentual das crianças ultimas-nascidas menores de 3 anos vivendo com a mãe segundo situação da amamentação e percentagem actualmente amamentando; e percentagem de todas as crianças menores de três anos que usaram biberão, por idade da criança em mês, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

		Amamentadas e receberam:									
Idade em mês	Não amamentou	Amamentou exclusiva - mente	Só água	Líquidos diferentes do leite/ sumo	Outro leite	Complementos alimentares	Total	Percentagem actualmente amamentada	Efectivo de crianças últimas-nascidas menores de 3 anos	Percentagem usando um biberão[1]	Efectivo de crianças
0-1	0,0	76,0	6,5	2,0	7,5	8,0	100,0	100,0	53	9,0	55
2-3	0,0	38,7	8,8	3,2	22,9	26,3	100,0	100,0	63	20,6	65
4-5	0,0	44,0	9,6	5,6	10,1	30,6	100,0	100,0	71	17,8	76
6-8	0,7	11,3	6,2	4,0	4,7	73,1	100,0	99,3	110	30,6	113
9-11	3,5	2,0	1,9	0,8	3,3	88,5	100,0	96,5	82	45,0	82
12-17	15,5	0,0	0,0	0,0	1,1	83,5	100,0	84,5	145	46,0	149
18-23	76,2	0,8	0,0	0,0	0,2	22,8	100,0	23,8	183	33,0	191
24-35	96,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,0	100,0	4,0	302	33,5	351
0-3	0,0	55,8	7,8	2,7	15,8	17,9	100,0	100,0	116	15,3	120
0-5	0,0	51,4	8,5	3,8	13,7	22,7	100,0	100,0	187	16,3	196
6-9	1,3	9,4	5,4	3,2	4,1	76,6	100,0	98,7	138	34,4	141
12-15	8,1	0,0	0,0	0,0	0,6	91,3	100,0	91,9	98	50,5	101
12-23	49,3	0,4	0,0	0,0	0,6	49,7	100,0	50,7	329	38,7	341
20-23	80,0	1,4	0,0	0,0	0,4	18,2	100,0	20,0	107	28,4	112

Nota: Os dados da amamentação referem-se a um período de "24 horas" (ontem e a última noite). As crianças classificadas na categoria 'amamentadas e só água' não recebem outro complemento alimentar líquidos ou sólido. As categorias 'não amamentou', 'amamentou exclusivamente', 'Amamentada e só água', 'líquidos diferentes da água/sumo', 'outro leite ' e 'complementos alimentares' (sólido e semi-sólido) estão hierarquizados e são mutuamente exclusivos, a sua percentagem soma 100 porcento. As crianças amamentadas que receberam líquidos outros que o leite e que não receberam alimentos complementares estão classificadas na categoria de Líquidos diferentes do leite/sumo'. Qualquer criança que receba alimentos complementares está classificada na respectiva categoria a menos que esteja amamentando também.
[1] Baseado em todas as crianças menores de 3 anos.

Gráfico 11.2 Prática de amamentação das crianças menores de 3 anos

IDS STP 2008-2009

11.2.3 Duração e frequência da amamentação

A duração mediana da amamentação é calculada para as crianças menores de três anos, as últimas nascidas. Os resultados do quadro 11.4 apontam que em STP, metade das crianças é amamentada durante um período de 17 meses, sendo a duração mediana da amamentação exclusiva estimada de 2,2 meses e a da amamentação predominante, ou seja, leite materno e água, de 3,5 meses. Não se constata diferenças na duração de amamentação segundo as características sociodemográficas.

Por outro lado, o quadro 11.4 mostra que 99% das crianças menores de 6 meses que foram amamentadas receberam o leite materno seis vezes ou mais durante as 24 horas anteriores à entrevista. O número de mamadas é mais elevado durante o dia do que durante a noite (em média 14,1 mamadas contra 11,1). Ainda, constata-se que a proporção de crianças amamentadas 10 vezes ou mais durante as últimas 24 horas difere muito pouco segundo as características socio-démographiques. Esta situação é idêntica para o número médio de mamadas, quer seja de dia ou de noite.

Quadro 11.4 Duração mediana e frequência da amamentação

Duração mediana da amamentação, da amamentação exclusiva, e da amamentação predominante em crianças menores de três anos, e percentagem de crianças menores de 6 meses que vivem com as suas mãe que foram amamentadas 6 ou mais vezes nas 24 horas anteriores ao inquérito, e número médio de amamentação (de dia e de noite), segundo algumas características sociodemográficas, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

	Duração mediana (em mês) da amamentação em crianças últimas-nascidas nos três últimos anos[1]			Frequência de amamentação entre as crianças menores de seis meses[2]			
Características sociodemográficas	Amamentação	Amamentação exclusiva	Amamentação predominante[3]	Percentagem amamentada 6 vezes e + s nas últimas 24 horas	Número médio de amamentação de dia	Número médio de amamentação de noite	Efectivo de crianças
Sexo							
Masculino	17,1	0,6	2,2	98,3	14,4	11,1	97
Feminino	17,0	3,3	4,1	100,0	13,8	11,1	90
Meio de residência							
Urbano	16,9	2,3	4,1	98,1	12,6	9,1	87
Rural	17,1	2,1	3,1	100,0	15,5	12,8	99
Região							
Região Centro	16,5	1,8	2,9	98,5	11,7	9,5	109
Região Sul	(19,6)	(3,2)	(4,7)	(100,0)	(24,1)	(17,9)	24
Região Norte	(17,7)	(3,3)	(4,4)	(100,0)	(13,3)	(10,7)	45
Região do Príncipe	*	*	*	*	*	*	9
Nível de instrução							
Nenhum	*	*	*	100,0	*	*	13
Primário	16,9	2,3	4,3	100,0	14,7	11,3	108
Secundário ou mais	17,0	2,6	3,5	97,4	13,2	10,7	66
Quintil de bem-estar económico							
O mais pobre	(17,0)	(0,7)	(0,7)	(100,0)	(15,6)	(11,2)	30
Segundo	(17,2)	(2,3)	(2,9)	(100,0)	(14,8)	(12,0)	42
Médio	(17,3)	(2,4)	(4,2)	(100,0)	(14,9)	(11,4)	46
Quarto	(17,3)	(0,7)	(2,5)	(94,5)	(11,8)	(10,3)	31
O mais rico	(16,4)	(3,8)	(5,0)	(100,0)	(13,2)	(10,4)	38
Total	17,0	2,2	3,5	99,1	14,1	11,1	187
Médio para todas as crianças	17,6	3,9	4,9	na	na	na	na

Nota: A duração média e duração mediana são baseadas no estado no momento do inquérito.
na = Não se aplica.
[1] Supõe-se que as crianças últimas-nascidas e os nascimentos precedentes que não vivem actualmente com a mãe, não amamentam actualmente.
[2] São excluídas as crianças para quais a resposta sobre o número de vezes de amamentação não foi válido.
[3] São exclusivamente amamentadas, ou recebem o leite materno e agua, e/ou líquidos diferentes do leite.
( ) Casos de efectivos não ponderados entre 25 e 49.
* Casos de efectivos não ponderados inferiores a 25.

11.2.4 Tipo de alimentos de complemento

O Quadro 11.5 apresenta as percentagens de crianças menores de três anos de idade que consumiram certos alimentos específicos no dia ou na noite antes do inquérito. Os resultados referem-se às crianças vivendo com as suas mães e, são apresentados para as crianças amamentadas ou não amamentadas. Constata-se em primeiro lugar que a introdução dos alimentos sólidos ou semi-sólidos acontece muito cedo, bem antes de 6 meses. Com efeito, nos 2-3 meses de vida, mais de um quarto das crianças amamentadas (26%) já recebeu alimento sólido ou semi-sólido, em especial alimentos à base de proteínas animais (23%), e à base de cereais (21%).

A introdução de alimentos sólidos ou semi-sólidos na nutrição das crianças é recomendada a partir dos seis meses de idade. Tendo em conta que vários tipos de alimentos podem ser dados ao mesmo tempo, a soma das percentagens pode ultrapassar 100%. Em STP, entre 6-8 meses, idade em que se recomenda a introdução de uma alimentação de complemento, 26% das crianças não consumiu nenhum alimento sólido ou semi-sólido em complemento do aleitamento materno. Contudo, nota-se que entre 6-8 meses, 59% recebeu alimentos a base de cereais, 53% a base de proteínas animais, 45% de frutas e/ou legumes ricos em vitamina A, e 36% de preparações a base de tubérculos.

No grupo 6-23 meses de idade, constata-se que as proporções de crianças não amamentadas que consumiram os diferentes tipos de alimentos são geralmente mais elevadas que as observadas para as crianças amamentadas.

Quadro 11.5 Alimentos e líquidos consumidos pelas crianças no dia ou na noite anterior ao inquérito

Percentagem de crianças últimas-nascidas menores de três anos, vivendo com a mãe, que receberam alimentação específica o dia ou a noite anterior ao inquérito, segundo o facto de amamentar ou não, por idade, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

	Líquidos			Alimentos sólidos ou semi-sólidos											
Idade em mês	Alimentos Para bebé	Outros Leites[1]	Outros liquidos[2]	Alimentos enriquecidos para bebés	Alimentos a base de cereais[3]	Frutas e legumes ricos em vitaminas A[4]	Outras frutas e legumes	Alimentos a base de raízes, de tubérculos	Alimentos a base de legumes e de nozes	Carne, peixe, aves e ovos	Queijo, iogurte, outros produtos derivados do leite	Qualquer alimento sólido ou semi sólido	Comida com óleo, gordura ou manteiga	Alimentos açucarados	Efectivo de crianças
CRIANÇAS AMAMENTADAS															
0-1	2,0	10,6	5,7	0,0	6,5	6,1	0,0	0,9	0,0	4,6	0,0	8,0	4,0	1,5	53
2-3	10,6	29,2	31,9	2,8	20,7	20,1	8,7	12,1	2,9	22,8	3,2	26,3	23,7	8,9	63
4-5	7,8	14,1	26,8	7,5	25,2	16,9	8,4	13,4	3,7	18,1	7,2	27,3	16,5	7,4	71
6-8	29,5	26,0	70,0	8,7	58,6	45,3	27,2	35,6	4,4	53,4	10,5	73,6	48,9	34,0	109
9-11	35,0	21,5	81,4	12,5	81,7	66,3	34,1	42,1	8,9	72,9	20,4	91,7	71,3	30,8	79
12-17	41,7	32,6	88,7	19,6	91,2	62,2	43,4	57,0	14,7	92,0	20,2	98,7	80,1	45,0	123
18-23	(47,0)	(28,7)	(75,2)	(5,7)	(84,6)	(63,6)	(30,1)	(51,1)	(8,4)	(86,6)	(20,3)	(95,7)	(82,2)	(41,2)	44
24-35	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	12
6-23	37,1	27,6	79,6	12,9	78,2	58,1	34,7	46,4	9,5	75,2	17,3	89,0	68,8	38,0	355
Total	27,1	24,4	60,3	9,6	58,3	43,8	24,9	34,2	7,2	55,7	12,7	66,5	51,0	27,7	554
CRIANÇAS NÃO AMAMENTADAS															
0-1	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	0
2-3	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	0
4-5	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	0
6-8	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	1
9-11	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	3
12-17	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	23
18-23	37,6	22,1	91,7	8,4	90,3	73,3	32,3	75,4	14,2	89,1	25,1	100,0	79,2	45,5	139
24-35	35,1	22,0	88,1	4,2	89,5	79,7	41,9	67,4	17,7	93,6	22,6	98,1	84,4	45,0	290
6-23	39,3	27,3	90,8	10,9	90,6	75,5	35,6	74,0	14,7	88,6	23,8	99,3	77,8	43,4	166
Total	36,6	24,0	89,1	6,7	89,9	78,2	39,6	69,8	16,6	91,8	23,0	98,5	82,0	44,4	455

Nota: Os dados da amamentação e dos alimentos consumidos referem-se a um período de "24 horas" (ontem e a última noite).
[1] Outro leite inclui o leite de vaca ou de um outro animal, que seja leite fresco, de pacote, ou em pó.
[2] Não inclui a água.
[3] Inclui os alimentos enriquecidos para bebés.
[4] Inclui a [lista das frutas e dos legumes que figuram no questionário tais como a abóbora, inhames vermelhos ou brancos, ou pimpinela, cenoura, batata inglesa, batata doce vermelho, legumes de folhas verdes, manga, papaia, e outros frutas e legumes localmente disponíveis e ricos em vitamina A].
( ) Casos de efectivos não ponderados entre 25 e 49;
* Casos de efectivos não ponderados inferiores a 25

11.2.5 Práticas de alimentação da criança

O quadro 11.6 mostra as proporções das crianças mais jovens de 6-23 meses que vivem com a sua mãe e que são alimentadas de forma adequada. Considera-se que as crianças alimentadas condignamente são as que consumiram certos alimentos várias vezes. Os resultados apresentados concernem as crianças amamentadas e as não amamentadas, embora as práticas de alimentação adequada sejam diferentes para esses dois grupos de crianças. Recomenda-se que as crianças amamentadas, de 6-23 meses sejam alimentadas com pelo menos três grupos de alimentos. Além disso, as crianças de 6-8 meses devem ser alimentadas pelo menos duas vezes por dia e os de 9-23 meses pelo menos três vezes por dia. As crianças não amamentadas de 6-23 meses devem consumir leite ou produtos lácteos todos os dias. Igualmente, devem consumir pelo menos quatro grupos de alimentos e devem comer pelo menos quatro vezes por dia.

Os resultados mostram que entre as crianças amamentadas, apenas uma em cada cinco (20%) é alimentada de acordo com o número mínimo de vezes recomendado, 82% consumiram os alimentos de pelo menos três grupos definidos e apenas 18% das crianças são alimentadas pelo menos com três grupos de alimentos e com um número mínimo de vezes requerido. É entre as crianças cuja mãe tem um nível de instrução secundário ou maior e no quarto quintil de bem-estar que se observa proporções mais significativas de crianças alimentadas com pelo menos três grupos de alimentos e um número mínimo de vezes, sendo respectivamente 36% e 34%.

As proporções de crianças não amamentadas de 6-23 meses alimentadas de maneira apropriada não são mais elevadas que as observadas nas crianças amamentadas: 63% recebeu leite ou produtos derivados do leite todos os dias, somente 20% foi alimentada pelo menos quatro vezes por dia, e 79% recebeu alimentos de pelo menos quatro grupos. Globalmente, entre as crianças não aleitadas, apenas 13% pode ser considerado como alimentado em conformidade com as três práticas de alimentação ideais do bebé e da pequena infância.

Globalmente, quando se considera todas as crianças de 6-23 meses amamentadas ou não amamentadas, constata-se que a maior parte de crianças não é alimentada adequadamente. Com efeito, apenas 16% das crianças de 6-23 meses são alimentadas, seguindo as três práticas adequadas de alimentação da pequena infância e da lactente.

A proporção de crianças de 6-23 meses (amamentadas ou não) alimentadas apropriadamente varia de acordo com as características sociodemográficas. Constata-se que as boas práticas para a alimentação das crianças são insignificantes nas regiões Sul e do Príncipe (4%) e segundo o quintil (4%). Ao contrário, tais práticas são ligeiramente mais seguidas e respeitadas entre as crianças cuja mãe tem um nível de instrução secundária ou maior (36%) e entre os quintis mais rico (35%).

Quadro 11.6 Práticas alimentares dos lactentes e da pequena infância

Percentagem de crianças últimas-nascidas de 6-23 meses vivendo com a mãe que foram alimentadas conforme as três práticas de alimentação do lactente da pequena infância, segundo o número de grupos de alimentos, o número de vezes que foram alimentadas durante o dia ou a noite anterior ao inquérito segundo que amamentam ou não, por algumas características sociodemográficas, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

Características sociodemográficas	Entre as crianças amamentadas de 6-23, percentagem que recebeu: Pelo menos 3 grupos de alimentos[1]	Comida, pelo menos um número mínimo de vezes[2]	Pelo menos 3 grupos de 'alimentos[1]e, pelo menos um número mínimo de vezes	Efectivo de crianças amamentadas de 6-23 meses	Entre as crianças não amamentadas de 6-23, percentagem que recebeu: Leito ou produtos derivados[3]	Pelo menos 4 grupos de alimentos[1]	Comida, pelo menos 4 vezes	3 Práticas apropriadas de alimentação do lactente e da pequena infancia[4]	Efectivo de crianças não amamentadas de 6-23 meses	Entre todas as crianças de 6-23, percentagem que recebeu: Aleitamento materno, leite ou produtos derivados[3]	Pelo menos um número mínimo de grupos de alimentos[1,5]	Comida, pelo menos um número mínimo de vezes[6]	3 Práticas apropriadas de alimentação do lactente e da pequena infância	Efectivo de crianças de 6-23 meses
Idade em mês														
6-8	60,2	23,0	18,0	109	*	*	*	*	1	100,0	60,0	22,9	17,8	110
9-11	83,6	21,6	19,5	79	*	*	*	*	3	99,3	84,2	22,4	20,4	82
12-17	95,2	19,8	19,8	123	*	*	*	*	23	95,9	91,9	20,6	20,6	145
18-23	(94,2)	(10,1)	(10,1)	44	60,4	79,6	18,3	10,4	139	69,9	83,1	16,4	10,3	183
Sexo														
Masculino	82,8	22,1	19,2	186	57,0	81,8	22,5	14,4	86	86,5	82,5	22,2	17,7	272
Feminino	80,6	17,7	16,7	168	68,9	75,7	16,3	11,2	80	90,0	79,0	17,3	14,9	248
Meio de residência														
Urbano	84,7	26,7	24,5	153	55,1	78,0	27,6	18,6	77	85,0	82,4	27,0	22,5	230
Rural	79,5	15,0	13,1	202	69,3	79,6	12,6	7,9	89	90,6	79,5	14,3	11,5	291
Região														
Região Centro	89,8	25,7	23,7	196	64,4	81,1	27,6	16,8	102	87,8	86,8	26,4	21,4	298
Região Sul	76,3	4,0	4,0	57	*	*	*	*	17	88,9	75,3	4,2	4,2	74
Região Norte	65,1	20,1	16,3	87	67,5	73,2	8,3	8,3	37	90,2	67,5	16,6	13,9	124
Região do Príncipe	(93,5)	(6,1)	(6,1)	15	*	*	*	*	9	79,1	92,0	4,4	4,4	24
Nível de instrução da mãe														
Nenhum	(95,2)	(10,5)	10,5	23	*	*	*	*	4	90,9	93,8	8,8	8,8	27
Primário	78,6	14,4	12,2	244	60,7	75,2	11,7	6,2	122	86,9	77,5	13,5	10,2	366
Secundário ou mais	86,9	37,8	36,0	89	(71,2	89,4	46,0	35,2	39	91,2	87,7	40,3	35,7	128
Quintil de bem-estar económico														
O mais pobre	78,2	15,9	14,6	80	(50,0)	(66,1)	(0,0)	(0,0)	35	84,9	74,5	11,1	10,2	115
Segundo	81,6	4,5	3,2	84	58,6	(92,8)	(21,4)	(4,9)	37	87,4	85,0	9,7	3,7	121
Médio	77,7	15,6	15,6	75	56,1	(67,6)	(11,0)	(3,1)	39	84,9	74,2	14,0	11,3	114
Quarto	84,8	37,4	34,1	68	*	*	*	*	23	90,7	85,6	36,0	31,4	90
O mais rico	(89,9)	(36,6)	(30,8)	48	(89,7)	(84,0)	(40,6)	(40,6)	32	95,9	87,5	38,2	34,7	79
Total	81,7	20,0	18,0	355	62,8	78,8	19,5	12,9	166	88,1	80,8	19,9	16,4	520

[1] Grupos de alimentos: a) Preparação para bebés, leite outro que leite materno, queijo ou iogurte ou produtos derivados do leite; b)Preparação a base de cereais, raízes e tubérculos Incluindo a papa de aveia e as comidas a base de cereais enriquecidas para bebés; c) As frutas e legumes ricos em vitamina A (e óleo vermelho de palma); d) Outras frutas e legumes; e) Ovos; f) Carne, aves, peixe e búzio (e miudezas); g) Legumes e nozes; h) Preparação a base de banha ou de manteiga
[2] Pelo menos duas vezes por dia para as crianças amamentadas de 6-8 meses e, pelos menos três vezes por dia para as crianças amamentadas de 9-23 meses.
[3] Inclui as preparações comerciais para crianças, o leite fresco de animal, de pacote ou em pó, bem como queijos, iogurte, e outros produtos derivados do leite.
[4] Supõe-se que as crianças de 6-23 meses não amamentadas recebem comida em conformidade com as três práticas alimentares apropriadas se recebem leite (outro que o leite materno) ou produtos derivados do leite e se elas recebem pelo menos o número mínimo de grupos de alimentos, em número mínimo de vezes por dia.
[5] Pelo menos 3 grupos de alimentos para crianças amamentadas e pelo menos 4 grupos de alimentos para crianças não amamentadas.
[6] Recebem alimentos sólidos e semi-sólidos, pelo menos duas vezes por dia para as crianças de 6-8 meses, pelo menos 3 vezes por dia para as outras crianças amamentadas e pelo menos 4 vezes por dia para as crianças não amamentadas.
( ) Casos de efectivos não ponderados entre 25 e 49;
* Casos de efectivos não ponderados inferiores a 25.

11.3 PREVALÊNCIA DA ANEMIA NAS CRIANÇAS

A anemia é uma doença caracterizada por uma redução do número de glóbulos vermelhos e uma redução da concentração da hemoglobina no sangue. Habitualmente, é a consequência de uma deficiência alimentar em ferro, em vitamina B12 ou outros nutrientes. Embora a anemia possa ser causada por parasitoses, por hemorragias, lesões congénitas ou doenças crónicas, ela é frequentemente causada por uma deficiência alimentar, tendo como origem a falta de ferro (DeMaeyer, 1989; Yip, 1994).

No decorrer do inquérito, procedeu-se à uma colheita de sangue para o teste de hemoglobina, nas mulheres de 15-49 anos e nos homens de 15-59 anos que, aceitaram voluntariamente fazer o teste. Igualmente, e com o acordo dos pais/responsáveis, efectuou-se o mesmo teste em todas as crianças de 6-59 meses vivendo nos agregados inquiridos. A colheita de sangue foi efectuada da seguinte maneira: (a) sangue capilar colectado através de uma picadela na ponta do dedo com uma pequena lanceta retráctil; (b) recuperou-se seguidamente uma gota de sangue num pequeno recipiente que foi de seguida colocado num hemoglobinometro portátil (HemoCue), aparelho que, em menos de um minuto, dá uma medida exacta do nível de hemoglobina (em gramas) por decilitro de sangue; e (c) este valor por foi registado no questionário e os resultados do teste comunicados imediatamente às pessoas inquiridas.

A anemia nas crianças de 6-59 meses pode ser classificada em três níveis, de acordo com a concentração da hemoglobina no sangue. Esta classificação foi desenvolvida por investigadores da OMS (DeMaeyer, 1989). Assim, a anemia é considerada como severa se a medida de hemoglobina por decilitro de sangue for inferior a 7,0 gramas por decilitro (g/dl), é moderada se este valor se situa entre 7,0 e 9,9 g/dl e, ligeira se for entre 10,0 e 10,9 g/dl, nas crianças.

O quadro 11.7 indica que em STP mais de seis em cada dez crianças de 6-59 meses (62%) sofrem de anemia: 33% da forma ligeira, 28% da forma moderada e 1% atingido de anemia severa.

Embora as proporções de crianças atingidas sejam elevadas em cada subgrupo, constata-se variações da prevalência segundo as características sociodemográficas. Entre 6-11 meses, mais de quatro crianças em cada cinco são afectadas pela anemia. A partir de 12 meses, a prevalência diminui, e entre 48-59 meses 40% das crianças é atingida. A proporção de rapazes anémicos é mais elevada do que nas raparigas (65% contra 60%). De acordo com o meio de residência, as disparidades são relativamente importantes, sendo de 59% no meio rural contra 66% em meio urbano. A Região do Príncipe apresenta uma prevalência da anemia mais fraca (39%).

Finalmente, constata-se que a prevalência da anemia varia por nível de instrução da mãe e o nível socioeconómico do agregado em que vive a criança: com efeito, 83% das crianças cuja mãe não tem nenhum nível de instrução é anémico contra 62% entre as de mãe com um nível primário; relativamente aos quintis de pobreza, nota-se que a prevalência da anemia é mais elevada no quintil mais pobre (66%) contra 58% entre as crianças do quintil mais rico.

Quadro 11.7 Prevalência da anemia nas crianças

Percentagem de crianças de 6-59 meses consideradas anémicas, por características sociodemográficas, IDS São Tome e príncipe 2008-2009

Características sociodemográficas	Anemia segundo o nível de hemoglobina			Total anémicas (<11,0 g/dl)	Efectivo de crianças
	Leve (10,0-10,9 g/dl)	Moderada (7,0-9,9 g/dl)	Severa (inferior a 7,0 g/dl)		
Idade em mês					
6-8	30,2	48,2	4,5	82,9	116
9-11	35,9	45,2	1,2	82,3	89
12-17	32,5	41,3	2,8	76,5	167
18-23	29,9	48,2	2,5	80,6	220
24-35	37,8	21,9	0,6	60,4	380
36-47	34,9	19,9	0,1	55,0	416
48-59	25,5	13,5	1,1	40,1	312
Sexo					
Masculino	34,4	29,0	1,4	64,8	854
Feminino	31,0	27,4	1,2	59,6	846
Entrevista da mãe					
Entrevistada	32,8	29,9	1,2	63,9	1 485
Não entrevistada mas vivendo no agregado	37,6	22,3	4,3	64,1	83
Não entrevistada e não vivendo no agregado1	27,7	13,0	0,7	41,4	131
Meio de residência					
Urbano	34,1	30,9	1,2	66,2	826
Rural	31,4	25,6	1,5	58,5	874
Região					
Região Centro	34,1	30,0	1,6	65,7	968
Região Sul	31,2	31,8	0,9	63,8	251
Região Norte	31,7	25,2	1,3	58,2	385
Região do Príncipe	26,4	12,4	0,4	39,2	95
Nível de instrução da mãe[2]					
Nenhum	46,3	37,0	0,0	83,4	84
Primário	29,7	31,1	1,8	62,7	1 114
Secundário ou mais	40,4	23,0	0,4	63,8	367
Sem informação	*	*	*	*	1
Quintil de bem-estar económico					
O mais pobre	33,8	31,6	0,3	65,6	361
Segundo	30,6	34,1	1,1	65,7	347
Médio	33,3	27,1	2,5	62,9	371
Quarto	30,9	25,2	1,8	57,9	350
O mais rico	35,3	21,5	0,9	57,8	271
Total	32,7	28,2	1,3	62,2	1 700

Nota: O quadro é baseado nos efectivos de crianças que pernoitaram no agregado a noite anterior ao inquérito. A prevalência da anemia, baseada no nível de hemoglobina, foi ajustada em função da altitude, usando a fórmula do CDC, 1998. Hemoglobina em gramas por decilitro (g/dl).
[1] Inclui as crianças cuja mãe faleceu.
[2] Para as mulheres não entrevistadas, as informações provêem do questionário agregado familiar. Não inclui as crianças cuja mãe não foi listada no questionário agregado familiar.
* Casos de efectivos não ponderados inferiores a 25.

11.4 CONSUMO DE MICRO NUTRIENTES NAS CRIANÇAS

A vitamina A é necessária ao desenvolvimento e à conservação do tecido epitético, do aparelho digestivo e respiratório, entre outros, e é essencial para o bom funcionamento da retina. A vitamina A permite igualmente manter as defesas imunitárias do organismo. É arrecadada pelo fígado, mas quando as quantidades são muito fracas ou esgotadas, as sequelas da carência são visíveis. A carência em vitamina A, ou a avitaminose A, afecta o sistema imunitário da criança, aumentando assim o risco de morte devido à doenças infecciosas. A avitaminose A pode afectar a visão e causar a cegueira nocturna nas crianças; pode afectar também a saúde das mães grávidas ou as que amamentam. No entanto, ela pode ser evitada por complementos de vitamina A e por enriquecimento dos alimentos.

Os resultados apresentados no quadro 11.8 mostram que entre as crianças de baixa idade, de 6-35 meses, vivendo com a mãe, 90% tinham consumido alimentos ricos em vitamina A e 85% consumiram alimentos ricos em ferro, nas 24 horas que precederam o inquérito.

Por características sociodemográficas, pode-se constatar variações significativas entre as proporções de crianças que consumiram alimentos ricos em vitamina A. Com efeito, o consumo de alimentos ricos em vitamina A aumenta geralmente com a idade da criança, passando de 60% entre 6-8 meses para 98% entre 24-35 meses. A proporção do crianças de sexo masculino a receber tal vitamina é mais grande (92%) que as crianças de sexo oposto (88%). Nota-se que as crianças amamentadas receberam com menos frequência alimentos ricos em micronutrientes do que as não amamentadas, (82% contra 96%). Se analisarmos os resultados segundo o nível de instrução da mãe, o meio de residência e o quintil de bem-estar económico, podemos constatar ligeiras disparidades. Por último, os resultados por região mostram que é no Região do Príncipe que as crianças consumiram com mais frequência alimentos ricos em vitamina A (96%).

De entre as crianças de 6-59 meses, 48% tinham recebido complementos de vitamina A durante os seis meses que precederam o inquérito, e apenas 16% tinha recebido complementos de ferro durante os sete dias antes do inquérito.

Os resultados relativos à utilização dos complementos de vitamina A, segundo a idade, mostram que a mais forte proporção de crianças com um consumo mais elevado em vitamina se observa na idade compreendida entre 9-11 meses (69%) e a mais fraca entre os 6-8 meses (33%). As proporções de crianças que receberam complementos de vitamina A variam sobretudo por região de residência, nível de instrução da mãe e o nível de bem-estar do agregado em que vive a criança. Por regiões, os resultados mostram que 71% das crianças da Região do Príncipe recebeu complementos de vitamina A, contra apenas 35% para as da Região Norte. As proporções de crianças a quem foi dado complementos de vitamina A aumentam com o nível de instrução da mãe e o nível socio-económico do agregado. Nota-se que entre as crianças de 6-59 meses cuja mãe tem um nível de instrução secundário ou maior, 59% recebeu complementos de vitamina A, contrapondo os 35% de mãe não instruída. Relativamente ao quintil de bem-estar, a proporção passa de um mínimo de 40% no segundo quintil mais pobre para 59% no quintil mais rico. É importante também sublinhar que a proporção de crianças a ter recebido suplementos de vitamina A nos últimos seis meses, é mais elevada nas crianças amamentadas que nas crianças não amamentadas (54% contra 46%).

No que diz respeito a percentagem das crianças que receberam vermífugos nos últimos 6 mês, o quadro 11.8 mostra que mais de 54% delas receberam tratamento (vermífugos) contra as parasitas. As proporções de crianças que receberam vermífugos variam de maneira irregular segundo as variáveis sociodemográficas, sobretudo a idade da criança, o nível de instrução, a região, o quintil de bem-estar económico e o estatuto de amamentação; é contudo, nas crianças de 6-8 meses que a proporção é mais fraca (11%).

O quadro 11.8 apresenta também a proporção de crianças de 6-59 meses que vivem num agregado que utiliza um sal iodado adequado. No total, 84% das crianças de 6-59 meses vivem em agregado que utilizam o sal iodado. Esta proporção é particularmente fraca no Região Norte (71%).

Quadro 11.8 Consumo de micronutrientes

Percentagem de crianças mais novas de 6-23 meses vivendo com a mãe que receberam alimentos ricos em vitamina A e ricos em ferro durante o dia ou a noite anterior ao inquérito; percentagem de crianças de 6-59 meses que receberam suplementos de vitamina A nos últimos seis meses anteriores ao inquérito, complementos de ferro durante os sete últimos dias e vermífugos nos seis últimos meses anteriores ao inquérito e, entre as crianças de 6-59 meses vivendo num agregado onde o sal foi testado, percentagem que vive num agregado consumindo sal adequadamente iodado, por características sociodemográficas, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

	Entre as crianças mais novas de 6-35 meses:			Entre todas as crianças de 6-59 meses:				Entre as crianças de 6-59 meses vivendo num agregado onde o sal foi testado	
Características sociodemográficas	Percentagem que consumiu alimentos ricos em vitamina A nas últimas 24 horas[1]	Percentagem que consumiu alimentos ricos em ferro nas últimas 24 horas[2]	Efectivo de crianças	Percentagem que recebeu suplementos de vitamina A nos últimos 6 meses	Percentagem que recebeu suplementos de ferro nos últimos 7 dias	Percentagem que recebeu vermífugos nos últimos 6 meses[3]	Efectivo de crianças	Percentagem que vive num agregado consumindo sal adequadamente iodado[4]	Efectivo de crianças
Idade em mês									
6-8	60,4	53,3	110	33,1	8,6	11,2	113	89,5	78
9-11	83,2	73,9	82	66,9	11,0	21,9	82	80,9	67
12-17	96,6	91,2	145	65,2	23,1	53,5	149	84,2	116
18-23	91,5	88,5	183	61,3	19,9	62,3	191	82,9	156
24-35	97,5	93,9	302	50,6	14,6	64,8	351	86,0	280
36-47	na	na	na	36,5	18,4	58,9	372	84,5	288
48-59	na	na	na	40,5	13,5	57,2	294	80,6	227
Sexo									
Masculino	91,7	85,9	406	46,6	17,6	52,9	772	83,4	596
Feminino	87,6	83,6	416	48,6	14,8	55,8	780	84,6	615
Amamentação									
Amamentado	81,7	76,0	367	54,0	15,7	31,4	371	84,6	287
Não amamentado	96,1	91,8	449	45,7	16,5	62,5	1 125	83,7	881
Sem informação	*	*	6	43,7	13,0	43,9	57	(85,7)	43
Meio de residência									
Urbano	88,9	84,4	397	48,2	20,5	56,1	749	86,1	550
Rural	90,3	85,1	425	47,1	12,1	52,8	804	82,3	661
Região									
Região Centro	91,8	86,9	479	50,7	18,9	58,2	908	88,8	687
Região Sul	85,4	83,5	118	46,9	12,3	42,9	208	86,1	153
Região Norte	85,2	78,4	186	35,3	11,7	44,4	362	70,5	299
Região do Príncipe	(96,2)	(92,0)	40	71,2	15,1	88,5	74	89,6	72
Nível de instrução da mãe									
Nenhum	(91,3)	(91,3)	39	35,0	11,0	32,0	74	84,7	54
Primário	88,7	82,9	565	44,7	16,2	51,6	1 097	83,5	865
Secundário ou mais	91,8	88,4	219	58,5	17,0	66,8	382	85,4	292
Idade da mãe ao nascimento									
15-19	83,9	65,5	69	54,3	20,1	41,3	81	84,3	66
20-29	91,1	86,6	400	49,9	18,1	57,4	788	82,1	615
30-39	89,2	86,2	269	44,1	13,2	53,2	503	85,3	388
40-49	88,7	87,1	84	44,3	14,3	50,7	181	88,3	143
Quintil de bem-estar económico									
O mais pobre	88,9	83,7	162	42,3	14,8	43,6	330	83,4	244
Segundo	91,3	86,1	177	39,8	16,5	49,8	333	78,0	242
Médio	86,5	84,5	179	46,0	13,4	49,0	331	82,7	268
Quarto	88,9	82,3	161	54,1	16,0	63,5	302	87,3	250
O mais rico	93,2	87,4	142	58,7	21,2	70,3	257	89,4	207
Total	89,6	84,8	822	47,6	16,2	54,4	1 553	84,0	1 211

Nota: As informações sobre os suplementos de vitamina A e de ferro e os vermífugos são baseados nas declarações da mãe.
na= Não se aplica
[1] Inclui carne (e miudezas), peixe, aves, ovos, abóboras, inhame vermelho ou branco, ou pimpinela, cenoura, batata-doce vermelha, legumes a folhas verte, mangas, papaia, e outros frutas e legumes disponíveis localmente e ricos em vitamina A, e óleo vermelho de palma [se os dados foram recolhidos].
[2] Inclui a carne (e miudezas), peixe, aves, ovos.
[3] Os vermífugos contra as parasitas intestinais são correntemente dados para tratar helmintíases e schistosomiases. Sal com 15 ppm de iodo ou mais por milhão. Foram excluídas crianças vivendo num agregado onde o sal não foi testado.
( ) Casos de efectivos não ponderados entre 25 e 49.
* Casos de efectivos não ponderados inferiores a 25.

11.5 CONSUMO DO SAL IODADO NOS AGREGADOS

Sabe-se que o fraco consumo do iodo pode provocar perturbações frequentemente graves e às vezes irreversíveis nas populações vulneráveis. Tais perturbações podem aumentar os riscos de abortos espontâneos, mortalidade perinatal e infantil, partos prematuros, anormalidades congénitas, atraso de crescimento, dificuldades de aprendizagem, de perturbações mentais e da tiróide (este último é o sinal mais visível). O consumo alimentar insuficiente em iodo está geralmente ligado à pobreza de iodo no solo onde os alimentos foram produzidos.

Durante a recolha de dados no IDS STP, pediu-se um pouco de sal de cozinha em cada agregado, que de seguida foi testado através de um *kit*, permitindo assim determinar o seu teor em iodo. Este teste permitiu saber se o sal era iodado ou não em mais ou menos 15 partes por milhão (ppm). O sal que contem pelo menos 15 ppm de iodo é considerado como suficientemente iodado. Os resultados, apresentados no quadro 11.9, mostram que o sal foi testado em 73% dos agregados, e que mais de 27% dos mesmos não utilizavam sal iodado no período do inquérito.

De entre os agregados onde o sal foi testado, a grande maioria (86%) utilizava o sal adequadamente iodado e, 9% utilizava o sal cujo teor em iodo era inadequado. Por outro lado, em 6% dos casos, o sal não era iodado. A percentagem de famílias que dispõem de sal convenientemente iodado é particularmente fraca no Região Norte (78%).

Quadro 11.9 Sal iodado no agregado

Entre todos os agregados, percentagem para a qual a presença do iodo no sal foi testada e percentagem que não dispõe de sal; entre os agregados cujo sal foi testado, distribuição percentual dos agregados por teor em iodo no sal (parte por milhão ou ppm) por algumas características sociodemográficas, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

	Entre todos os agregados, percentagem			Entre os agregados cujo sal foi testado, distribuição percentual, por teor em iodo no sal				
Características sociodemográficas	Cujo sal foi testado	Sem sal	Efectivo de agregados	Não iodado (0 ppm)	Teor em iodo inadequado (<15 ppm)	Teor em iodo adequado (15+ ppm)	Total	Efectivo de agregados
Meio de residência								
Urbano	67,6	32,4	1 756	6,1	7,2	86,7	100,0	1 186
Rural	77,3	22,7	1 780	5,6	9,7	84,7	100,0	1 376
Região								
Região Centro	69,1	30,9	2 102	6,4	5,7	87,9	100,0	1 451
Região Sul	70,2	29,8	514	3,8	7,5	88,7	100,0	361
Região Norte	79,5	20,5	736	5,6	16,5	77,8	100,0	585
Região do Príncipe	89,9	10,1	184	5,8	7,3	86,9	100,0	165
Quintil de bem-estar económico								
O mais pobre	60,5	39,5	851	4,7	10,1	85,2	100,0	515
Segundo	70,9	29,1	743	6,9	10,7	82,4	100,0	527
Médio	75,5	24,5	712	6,5	8,2	85,2	100,0	538
Quarto	78,2	21,8	623	5,0	9,3	85,7	100,0	487
O mais rico	81,6	18,4	606	5,9	4,2	89,9	100,0	495
Total	72,5	27,5	3 536	5,8	8,5	85,6	100,0	2 562

11.6 SITUAÇÃO NUTRICIONAL DAS MULHERES

O estado nutricional das mulheres de 15-49 anos é um dos determinantes da mortalidade materna, do bom desenvolvimento da gravidez bem como do seu desfecho. Influencia também a morbilidade e a mortalidade nas crianças. O estado nutricional das mães é condicionado, ao mesmo tempo, pelo equilíbrio energético, o estado de saúde e o tempo ocorrido desde o último nascimento. Assim, existe uma estreita relação entre os níveis de fecundidade e de morbilidade, e o estado nutricional das mães. Por estas razões, a avaliação do estado nutricional das mulheres em idade de procriar é particularmente útil, visto que permite identificar os grupos de alto risco. Embora a altura/corpulência possa estar ligada a factores genéticos, em certas populações, trata-se no entanto, de um indicador indirecto do estatuto socioeconómico da mãe, na medida em que uma pequena altura/corpulência pode ser provocada por uma má-nutrição crónica durante a infância. Além disso, do ponto de vista anatómico, considerando que a altura/corpulência das mães está associada à largura da bacia, as mulheres pequenas são mais susceptíveis de ter complicações durante a gravidez e sobretudo durante o parto, que as suas congéneres mais altas. Elas correm também o risco maior de conceber crianças de fraco peso, em comparação com as outras mulheres. Embora a altura crítica, abaixo da qual uma mulher pode ser considerada a risco, varia consoante as populações. Admite-se geralmente que esta altura situa-se entre 1,4 e 1,5 metros. No decorrer do inquérito, as mulheres de 15-49 anos foram pesadas e medidas. Estas medidas do peso e da altura permitiram determinar o Índice de Massa Corporal (IMC) ou índice de Quételet. O IMC é calculado dividindo o peso (em quilogramas) pelo quadrado da altura em metros (kg/m2). Para indicar uma deficiência energética crónica, utiliza-se geralmente como limiar o valor 18,5. Em contrapartida, para indicar um excesso de peso, o limiar retido é de 25,0 ou mais. Convêm salientar que as mulheres grávidas e as que tiveram um filho nos dois meses que precederam ao inquérito, são excluídas do cálculo do índice. Os resultados são apresentados no quadro 11.10.

Constata-se que apenas 1,4% das mulheres de 15-49 anos têm uma altura inferior aos 145 centímetros, tamanho considerado como limiar crítico. O quadro apresenta também o IMC médio das mulheres, que se situa a 24,4. Nota-se que cerca de seis em cada dez mulheres (59%) têm um IMC normal, compreendido entre 18,5 e 24,9. Em contrapartida, 8% das mulheres têm um IMC inferior à 18,5, o que revela um estado de deficiência energético crónico: 6% apresenta emaciação ligeira e 2% emaciação moderada ou severo. A proporção de mulheres situando-se abaixo do limiar crítico de 18,5 varia ligeiramente segundo as características socio-demográficas. O nível de deficiência energética crónica é mais elevado entre as mulheres mais jovens (15-19 anos) e, caso estranho, entre as mulheres que pertencem ao quintil mais rico (11%).

Em contrapartida, nota-se que uma em cada três mulheres (33%) tem um IMC superior ou igual a 25 ou seja apresenta um excesso de peso: 12% constitui o grupo das obesas (IMC igual ou superior a 30). A proporção de mulheres que apresentam um excesso de peso aumenta com a idade, passando de 13% entre 15-19 anos para 50% entre 40-49 anos idade em que 25% das mulheres são obesas.

A proporção com um excesso de peso é mais elevada no meio urbano (36%), entre as mulheres que têm um nível de instrução primário (37%) e as que vivem num agregado do quarto quintil e do quintil mais rico (41% e 37%).

Quadro 11.10 Estado nutricional das mulheres

Entre as mulheres de 15-49 anos, percentagem cuja altura é inferior a 145 cm, Índice de Massa Corporal (IMC) médio e percentagem com níveis particulares de IMC, por algumas características sociodemográficas, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

	Altura		Índice de Massa Corporal[1]								
Características sociodemográficas	Percentagem abaixo de 145 cm	Efectivo de mulheres	Índice de Massa Corporal médio (IMC)	18,5-24,9 (Total normal)	<18,5 (Total magra)	17,0-18,4 (Magra leve)	<17 (Magra moderada e severa)	≥25,0 (Total em sobrepeso ou obesa)	25,0-29,9 (Sobrepeso)	≥30,0 (Obesa)	Efectivo de mulheres
Grupo etário											
15-19	2,0	522	22,0	73,4	13,8	10,5	3,2	12,9	10,7	2,1	433
20-29	1,3	869	23,8	63,1	8,7	6,2	2,5	28,2	20,4	7,8	654
30-39	0,2	637	25,5	50,5	4,0	3,4	0,6	45,6	29,9	15,6	499
40-49	2,4	470	26,3	46,3	4,2	3,6	0,6	49,5	24,4	25,1	419
Meio de residência											
Urbano	1,3	1 402	24,4	55,5	8,8	6,8	2,0	35,7	22,7	13,0	1 276
Rural	1,5	1 096	24,2	64,1	5,7	4,4	1,4	30,1	19,5	10,7	728
Região											
Região Centro	1,3	1 574	24,4	56,4	8,7	6,8	1,9	34,9	21,3	13,6	1 177
Região Sul	0,9	320	23,9	60,7	6,7	4,6	2,1	32,6	23,8	8,8	291
Região Norte	1,8	486	24,5	63,9	5,4	4,3	1,1	30,7	20,5	10,3	434
Região do Príncipe	1,5	118	24,2	56,9	8,0	6,1	1,9	35,0	22,0	13,0	102
Nível de instrução											
Nenhum	0,3	147	24,4	62,2	7,1	6,8	0,3	30,7	17,7	13,1	117
Primário	1,6	1 444	24,6	56,1	6,9	5,5	1,4	37,0	23,6	13,4	1 150
Secundário ou mais	1,2	907	23,9	62,1	9,0	6,3	2,7	28,9	18,9	10,0	737
Quintil de bem-estar económico											
O mais pobre	2,0	433	23,7	63,8	9,4	8,3	1,1	26,8	16,7	10,1	347
Segundo	1,3	486	24,2	65,4	6,3	4,6	1,7	28,3	17,9	10,4	370
Médio	2,0	453	24,0	61,6	6,8	5,5	1,3	31,6	22,4	9,2	345
Quarto	0,9	540	25,0	55,0	4,0	2,6	1,4	41,0	25,2	15,8	437
O mais rico	0,9	586	24,6	51,3	11,3	8,2	3,0	37,4	23,6	13,8	505
Total	1,4	2 498	24,4	58,7	7,7	5,9	1,8	33,7	21,5	12,2	2 004

Nota: O Índice de massa Corporal (IMC) é calculado através do quociente do peso em quilogramas pela altura em metro ao quadrado (kg/m2).
[1] São excluídas as mulheres grávidas e as mulheres que deram a luz nos dois meses anteriores.

11.7 PREVALÊNCIA DA ANEMIA NAS MULHERES E NOS HOMENS

O quadro 11.11.1 apresenta os resultados dos testes de anemia para as mulheres. Mais de metade das mulheres é anémica (43%): 34% sofre de anemia ligeira, 9% da forma moderada e menos 1% da anemia severa. Os resultados segundo as características sociodemográficas indicam desigualdades importantes. As mulheres grávidas são caracterizadas por uma prevalência mais elevada da anemia do que as suas congéneres não grávidas, ou seja 56% contra 49% para as mulheres que amamentam e 40% para as que não são grávidas e que não amamentam.

A predominância da anemia varia em função da idade da mulher. Com efeito, nota-se que 51% das mulheres do grupo de 15-19 anos é anémica contra 35% das mulheres de 40-49 anos de idade. Relativamente ao número de crianças, a prevalência diminui com o aumento da paridade: com um máximo de 50% quando a mulher não tem filhos, a prevalência diminui para 35% nas mulheres que têm 6 filhos ou mais. Constata-se diferenças entre a Região do Príncipe e as três outras regiões, sendo de 33% na primeira e variando entre 43% e 48%, nas três outras regiões. Por outro lado, o meio de residência, o nível de bem-estar do agregado e o nível de instrução não parecem influenciar consideravelmente a prevalência da anemia. No entanto, verifica-se alguma discrepância entre a prevalência da anemia nas mulheres com um nível instrução primário (41%) e os que não têm nenhum nível (49%).

Quadro 11.11.1 Prevalência da anemia nas mulheres

Percentagem de mulheres de 15-49 anos anémicas, por algumas características sociodemográficas, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

Características sociodemográficas	Não grávida / Grávida	Anemia segundo o nível de hemoglobina: Leve (Não grávida 10,0-11,9 g/dl; Grávida 10,0-10,9 g/dl)	Moderada (7,0-9,9 g/dl; 7,0-9,9 g/dl)	Severa (<7,0 g/dl; <7,0 g/dl)	Total anémicas (<11,0 g/dl)	Efectivo de mulheres
Grupo etário						
15-19		42,1	8,3	1,0	51,4	525
20-29		33,3	10,7	0,3	44,3	873
30-39		32,1	8,1	0,4	40,5	632
40-49		29,0	5,3	0,6	34,9	473
Número de filhos já nascidos						
0		40,1	9,0	0,8	49,8	629
1		33,6	11,6	0,9	46,1	330
2-3		33,6	8,3	0,2	42,1	698
4-5		31,0	8,3	0,3	39,7	483
6+		28,7	5,4	0,7	34,8	363
Estado da mulher						
Grávida		34,6	20,8	0,4	55,8	213
Amamenta		39,2	9,2	0,2	48,7	541
Nem um, num outro		32,3	6,8	0,6	39,8	1 749
Estatuto em relação ao cigarro						
Fuma cigarros/ tabaco		(19,3)	(1,6)	(0,0)	(20,9)	37
Não fuma		34,2	8,6	0,5	43,4	2 462
Meio de residência						
Urbano		35,3	9,7	0,6	45,6	1 365
Rural		32,4	7,1	0,5	40,1	1 137
Região						
Região Centro		32,8	9,4	0,5	42,6	1 577
Região Sul		37,8	9,2	0,5	47,5	321
Região Norte		36,9	6,3	0,8	44,0	486
Região do Príncipe		28,6	4,4	0,0	33,0	118
Nível de instrução						
Nenhum		40,5	8,1	0,0	48,5	146
Primário		32,0	8,9	0,5	41,4	1 449
Secundário ou mais		36,2	8,0	0,7	44,9	907
Quintil de bem-estar económico						
O mais pobre		34,7	8,9	1,1	44,7	447
Segundo		33,7	9,5	0,5	43,6	494
Médio		33,3	12,4	0,2	46,0	458
Quarto		33,5	7,6	0,4	41,5	536
O mais rico		34,8	5,1	0,5	40,4	569
Total		34,0	8,5	0,5	43,1	2 502

Nota: A prevalência foi ajustada em função da altitude e em função do consumo de cigarros pela mulher, utilizando a fórmula de CDC, 1998.
( ) Casos de efectivos não ponderados entre 25 e 49.

O quadro 11.11.2 apresenta os resultados do teste da anemia para os homens de 15-49 anos. No total, dois homens em cada 10 são anémicos (20%). Esta taxa é semelhante se considerarmos a faixa etária 15-59 anos. Em 8% dos casos, os homens apresentam uma anemia ligeira; 1,3% sofre de anemia moderada e 0,3% da forma severa da anemia. Os resultados desagregados por idade mostram uma predominância da anemia no grupo de idade de 15-19 anos (19%) em relação aos outros. Não se observa diferenças entre os dois meios de residência (10%).

Quadro 11.11.2 Prevalência da anemia nos homens

Percentagem de homens de 15-49 anos anémicos, por algumas características sociodemográficas, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

Características sociodemográficas	Anemia segundo o nível de hemoglobina			Total anémicos (<12,0 g/dl)	Efectivo de homens
	Leve 10,0-11,9 g/dl	Moderada 7,0-9,9 g/dl	Severa <7,0 g/dl		
Grupo etário					
15-19	16,1	2,2	0,3	18,7	520
20-29	5,5	1,0	0,5	7,0	585
30-39	3,0	0,5	0,1	3,6	473
40-49	5,9	1,7	0,2	7,8	322
Estatuto em relação ao cigarro					
Fuma cigarros/ tabaco	5,1	2,3	0,9	8,3	127
Não fuma	8,1	1,2	0,3	9,6	1 774
Meio de residência					
Urbano	8,0	1,0	0,4	9,5	928
Rural	7,7	1,6	0,2	9,5	972
Região					
Região Centro	7,0	1,2	0,3	8,5	1 076
Região Sul	12,4	2,0	0,5	14,8	274
Região Norte	7,1	1,1	0,2	8,4	446
Região do Príncipe	8,0	1,8	0,3	10,0	104
Nível de instrução					
Nenhum	(20,6)	(2,5)	(1,6)	(24,7)	23
Primário	8,5	1,2	0,5	10,2	1 058
Secundário ou mais	6,7	1,4	0,0	8,1	820
Quintil de bem-estar económico					
O mais pobre	9,8	1,7	0,1	11,7	354
Segundo	6,7	2,0	1,2	9,9	376
Médio	8,3	1,3	0,2	9,8	394
Quarto	8,0	1,1	0,1	9,1	379
O mais rico	6,6	0,5	0,0	7,1	397
Total 15-49	7,9	1,3	0,3	9,5	1 900
Homens 50-59	9,0	2,0	0,0	11,0	203
Total homens 15-59	8,0	1,4	0,3	9,6	2 103

Nota: A prevalência foi ajustada em função da altitude e em função do consumo de cigarros pelo homem, utilizando a fórmula de CDC, 1998.
( ) Casos de efectivos não ponderados entre 25 e 49.

Observa-se desigualdades não omitíeis entre as regiões. Com efeito, a prevalência é de 15% na Região Sul, seguido da Região de Príncipe com 10%, e mais fraca na Região Norte (8%). Nota-se também que a prevalência da anemia diminui com o nível de instrução: 10% entre os homens com um nível de instrução primário contra 8% entre os de instrução secundária ou maior. Por último, os resultados por quintis de bem-estar económico mostram que globalmente a prevalência diminui com a melhoria do nível de bem-estar do agregado, com 12% dos homens anémicos no quintil mais pobre contra 7% no mais rico.

11.8 CONSUMO DAS MICRONUTRIENTES NAS MULHERES

No decorrer do inquérito, perguntou-se às mulheres que tinham um filho menores de 3 anos vivendo com elas no mesmo agregado, se nas 24 horas que precederam o inquérito, consumiram alimentos ricos em vitamina A. Para além disso, foi perguntado se receberam uma cápsula de vitamina A, entre as 6 e 8 primeiras semanas após o parto e, durante quanto tempo tomaram comprimidos de ferro durante a última gravidez. Os resultados figuram no quadro 11.12.

A quase totalidade das mulheres (95%) tinha consumido alimentos ricos em vitamina A, e mais de nove em cada dez mulheres (91%) tinham consumido alimentos ricos em ferro.

Para além disso, os resultados mostram que 69% das mulheres recebeu uma dose de vitamina A nos dois primeiros meses pós-parto. As discrepâncias observadas entre os meios de residência são relativamente importantes: no meio rural, o uso de vitamina A pós-parto é mais frequente que no meio urbano (74% contra 65%). Nota-se também variações importantes entre as regiões, com um máximo na Região do Príncipe, onde 94% recebeu uma dose de vitamina A pós-parto, e um mínimo na Região Centro (65%). Por último, convém sublinhar que as proporções de mulheres que receberam vitamina A variam de maneira irregular segundo o nível de instrução e o nível económico do agregado.

Por outro lado, perguntou-se a todas as mulheres que tiveram um filho nascido vivo nos cinco anos que precederam o inquérito, se sofreram de cegueira nocturna durante a sua última gravidez. O quadro 11.12 indica que uma proporção insignificante de mulheres (4%) declarou ter tido dificuldades para ver no cair da noite, durante a sua última gravidez. Contudo, uma proporção não desprezável de mulheres declarou ter tido igualmente dificuldades para ver durante o dia: estas mulheres têm por conseguinte, provavelmente, problemas de visão, mas não necessariamente os problemas de cegueira nocturna. Por essa razão, foi calculada uma prevalência "ajustada" da cegueira nocturna, eliminando assim dos efectivos da cegueira nocturna "declarada", as mulheres que tinham problemas de visão durante o dia. Assim a prevalência da cegueira nocturna "ajustada" passa para menos de 1%.

O quadro 11.12 fornece igualmente as proporções de mulheres que tomaram comprimidos de ferro durante a gravidez. De todas, pouco menos de 8% não tomou ferro durante a gravidez. Entre as que tomaram, 19% fê-lo durante um período inferior a 60 dias, 8% num período compreendido entre dois e três meses e 54% em três meses ou mais. A ingestão de comprimidos de ferro não apresenta disparidades importantes segundo as características socio-demográficas.

No que diz respeito a percentagem de mulheres que receberam vermífugos durante a gravidez, o quadro 11.12 mostra que mais de 52% das crianças foram desparasitadas com vermífugos. As proporções mais elevadas se verificam no meio urbano (55%), nas mulheres com um nível secundário ou maior (57%), nas mulheres que pertencem ao quarto quintil (57%), e sobretudo entre as mulheres da Região do Príncipe (94%).

Por outro lado, a semelhança das crianças, 84% das mulheres vive em agregados que utilizam correctamente o sal iodado. A proporção de consumo deste sal é mais fraca na Região Norte (72%).

Quadro 11.12 Consumo de micronutrientes pelas mães

Entre as mulheres de 15-49 anos mães de crianças menores de três anos vivendo com elas no agregado, percentagem que consumiu alimentos ricos em vitamina A e alimentos ricos em ferro, nas últimas 24 horas anteriores ao inquérito; percentagem de mulheres de 15-49 anos que tiveram um filho nos últimos cinco anos e que receberam uma dose de vitamina A durante os dois meses após o nascimento do último filho; percentagem de mães de 15-49 anos, que sofreram de cegueira nocturna durante a gravidez do último filho nascido nos últimos cinco anos anteriores ao inquérito, percentagem que tomou suplementos de ferro sob forma de comprimidos ou xarope durante um número determinado de dias e percentagem que tomou vermífugos; Entre as mulheres de 15-49 anos mães de crianças nascidas nos últimos cinco anos e vivendo num agregado cujo sal foi testado, percentagem que vive num agregado dispondo de sal adequadamente iodado, por algumas características sociodemográficas, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

Características sociodemográficas	Entre as mulheres de 15-49 anos mães de crianças menores de três anos vivendo com elas no agregado						Número de dias em que as mulheres tomaram suplementos de ferro durante a gravidez sob forma de comprimidos ou xarope							Entre as mulheres de 15-49 anos mães de crianças nascidas nos últimos cinco anos e vivendo num agregado cujo sal foi testado	
	Percentagem que consumiu alimentos ricos em vitamina A[1]	Percentagem que consumiu alimentos ricos em ferro	Efectivo de mulheres	Percentagem de mulheres que receberam uma dose de vitamine A pós-parto	Cegueira nocturna declarada	Cegueira nocturna ajustada	Nenhum	<60	60-89	90+	NS/ Sem informação	Percentagem de mulheres que tomaram vermífugos durante a gravidez	Efectivo de mulheres	Percentagem que vive num agregado dispondo de sal adequadamente iodado[5]	Efectivo de mulheres
Grupo Etário															
15-19	91,7	80,1	89	76,2	2,8	0,0	4,1	27,0	6,6	50,6	11,7	53,1	95	85,7	75
20-29	95,2	91,4	489	68,2	5,4	0,9	7,4	18,4	8,2	54,7	11,3	51,2	657	82,4	518
30-39	94,9	92,4	330	69,9	1,9	0,2	8,0	16,6	8,9	51,4	15,1	52,2	460	84,5	352
40-49	95,5	94,6	102	69,1	6,6	1,5	9,8	14,6	5,6	56,3	13,8	53,6	173	86,7	137
Meio de residência															
Urbano	93,1	88,9	484	65,1	3,2	0,9	9,7	13,8	9,3	53,5	13,7	54,7	684	84,9	501
Rural	96,5	93,0	525	73,6	5,2	0,5	5,7	21,9	6,8	53,5	12,1	49,3	703	82,9	581
Região															
Região Centro	94,5	91,4	588	65,3	4,3	0,4	9,7	12,5	7,6	59,5	10,7	49,8	834	87,8	632
Região Sul	95,9	93,0	141	78,6	2,3	0,4	4,1	4,6	8,1	66,7	16,4	47,9	187	86,1	138
Região Norte	94,7	88,5	231	70,1	5,3	1,4	5,2	26,5	10,8	39,9	17,6	51,7	302	71,7	252
Região do Príncipe	96,7	93,1	48	94,3	4,3	1,0	3,0	87,5	0,0	0,0	9,5	93,7	63	87,9	61
Nível de instrução															
Nenhum	86,3	86,3	52	71,9	6,8	0,0	3,1	12,9	11,4	51,8	20,8	40,9	69	82,3	50
Primário	94,4	89,5	673	68,5	4,5	0,9	6,7	19,1	9,3	52,6	12,3	50,8	953	83,2	747
Secundário ou mais	97,5	95,6	284	71,3	3,1	0,3	11,2	15,8	3,8	56,2	13,0	57,0	365	85,9	285
Quintil de bem-estar económico															
O mais pobre	95,4	91,7	192	67,9	5,8	2,1	8,4	22,6	7,1	45,5	16,4	48,1	282	83,6	209
Segundo	94,3	89,2	220	70,1	4,4	0,3	6,3	17,7	10,3	51,7	14,0	49,6	298	78,8	217
Médio	92,8	91,1	225	70,9	4,6	0,3	5,9	17,8	12,0	55,6	8,6	50,9	290	81,1	240
Quarto	96,0	91,6	192	61,7	3,7	0,2	9,8	16,3	8,0	53,1	12,8	56,5	274	87,2	221
O mais rico	96,3	91,7	180	77,4	2,4	0,5	8,3	14,6	1,3	62,9	12,8	55,5	242	89,3	195
Total	94,8	91,0	1 009	69,4	4,2	0,7	7,7	17,9	8,0	53,5	12,9	52,0	1 386	83,9	1 082

[1] Inclui carne (e miudezas), peixe, aves, ovos, abóbora, inhame vermelho ou branco, pimpinela, cenoura, batata-doce vermelha, manga, papaia, e outras frutas e legumes localmente disponíveis e ricos em vitamina A e óleo vermelho de palma [se dados foram recolhidos];
[2] Inclui carne (e miudezas), peixe, aves, ovos;
[3] Durante os dois meses após o parto;
[4] As mulheres que declararam sofrer de cegueira nocturna mas que não disseram ter dificuldades para ver durante o dia;
[5] Sal com 15 ppm de iodo ou mais por milhão. Foram excluídas, as mulheres que vivem num agregado para o qual o sal não foi testado.

MORTALIDADE DAS CRIANÇAS 12

Este capítulo apresenta os resultados sobre os níveis, as tendências e as variações da mortalidade neonatal, pós-neonatal bem como da mortalidade infantil e juvenil em STP. Os resultados apresentados são úteis aos decisores políticos, e aos responsáveis de programas de saúde. Contribuem igualmente para identificar as populações mais expostas ao risco de mortalidade. Ainda, as estimativas dos níveis de mortalidade infantil e juvenil podem ser utilizadas como parâmetros na elaboração de projecções demográficas, em particular, se permitem de deduzir com segurança, o nível da mortalidade nos adultos.

12.1 DEFINIÇÃO, METODOLOGIA E QUALIDADE DOS DADOS

Os indicadores de mortalidade apresentados neste capítulo são calculados a partir de informações relativas à história dos nascimentos, recolhidas junto de todas as mulheres de 15-49 anos entrevistadas durante o IDS de STP, utilizando o questionário individual mulher. Durante o inquérito, a inquiridora registou todos os nascimentos vivos da mulher, indicando o sexo, a data de nascimento, o estado de sobrevivência e, para as crianças falecidas, a idade ao falecimento (em dias, se a criança morreu com menos de um mês de vida, em meses se morreu entre 1 mês e 23 meses, e em anos se morreu com idade de 2 anos ou mais).

Vários métodos podem ser utilizados para o cálculo directo das taxas de mortalidade infantil e juvenil, nomeadamente o método transversal, o método de gerações ou o método das gerações fictícias. Este capítulo não pretende descrever as diferenças entre essas principais abordagens. Notas técnicas constam do documento *Guide to DHS Statistics* (Rutstein and Rojas, 2003). Os inquéritos DHS utilizam o método das gerações fictícias que permite calcular as probabilidades de morrer entre intervalos de idades curtos e combinar as componentes das probabilidades para qualquer outro intervalo etário que se revela pertinente. A vantagem desse método é que permite calcular taxas por períodos de tempos próximos da data da entrevista, salvaguardando o princípio de correspondência. Os dados necessários para os cálculos provêem da secção relativa à história dos nascimentos (questionário mulher), na qual constam o mês e o ano de nascimento de todos os filhos da mulher, o sexo da criança, o seu estado de sobrevivência, bem como a idade actual no momento do inquérito para as crianças vivas ou a idade ao falecimento para as crianças que morreram.

Estas informações permitem calcular os seguintes indicadores:

Quociente de mortalidade neonatal (NN): Mede a probabilidade de uma criança, ao nascer, morrer antes de atingir um mês exacto de vida;

Quociente de mortalidade pós-neonatal (PNN): Mede nas crianças com um mês exacto de vida, a probabilidade de morrer antes de atingir 12 meses exactos de vida;

Quociente de mortalidade infantil ($_1q_0$): Mede a probabilidade de uma criança, ao nascer, morrer durante o primeiro ano de vida;

Quociente de mortalidade juvenil ($_4q_1$): Mede nas crianças com um ano exacto, a probabilidade de morrer antes do quinto aniversário;

Quociente de mortalidade infanto-juvenil ($_5q_0$): Mede a probabilidade de uma criança, ao nascer, morrer antes do quinto aniversário.

Todos os indicadores são expressos por mil nascimentos vivos, salvo o quociente de mortalidade juvenil que é expresso por 1000 crianças sobreviventes ao primeiro aniversário.

A qualidade das estimativas de mortalidade calculadas a partir de dados provenientes da história de nascimentos depende da exaustividade das declarações e do registo dos nascimentos e óbitos. O problema mais grave que pode pôr em causa a fiabilidade dos dados é a omissão selectiva de nascimentos de crianças que morreram. Essas omissões induzem uma sub-estimação do nível da mortalidade. Igualmente, as deslocações diferenciais de datas de nascimento que causam distorções nas tendências da mortalidade e as sub-declarações da idade da morte, constituem problemas para este tipo de recolha de dados. Geralmente o impacto de tais omissões selectivas de óbitos afecta de maneira mais nítida os níveis da mortalidade precoce. Uma sub-declaração selectiva de óbitos neonatais precoces terá como consequência, um rácio anormalmente baixo de óbitos entre 0 e 6 dias em comparação com a totalidade dos óbitos neo-natais e um rácio anormalmente baixo de óbitos neo-natais em relação aos óbitos infantis. É de esperar um rácio de cerca de 70% entre 0 e 6 dias em relação à totalidade dos óbitos neo-natais (Sullivan et al.1990). As sub-declarações de óbitos acontecidos precocemente são mais frequentemente observadas para os nascimentos mais antigos; assim é útil examinar os rácios para um longo período de tempo.

A análise dos rácios apresentados nos anexos C.5 e C.6 monstra um baixo número de óbitos omitidos durante o IDS-STP 2008-2009. A proporção de óbitos neo-natais precoces ocorridos na primeira semana de vida é de 36% durante os 20 últimos anos anteriores ao inquérito: entre 67% e 69% para o período de 5-19 anos anteriores ao inquérito, e somente 49% para o período 0-4 anos precedentes o inquérito. Por outro lado, para o período de 0-19 anos anteriores ao inquérito, a proporção de óbitos de crianças menores de um ano, acontecidos durante o primeiro mês de vida é de 42%; esta proporção parece plausível. Contudo, é de notar que esses dados devem ser interpretados com cuidados, sendo baseados em muito poucos efectivos.

12.2 NÍVEIS E TENDÊNCIAS

O quadro 12.1 apresenta os quocientes de mortalidade das crianças para os períodos quinquenais (0-4 anos, 5-9 anos e 10-14 anos) anteriores ao inquérito. Para o período quinquenal mais recente (0-4 anos precedentes o inquérito), a taxa de mortalidade infantil estima-se a 38 óbitos por 1000 crianças nascidas vivas e a taxa de mortalidade infanto-juvenil a 63 óbitos por mil crianças nascidas vivas. Ou seja, isto significa que em STP, cerca de uma criança em cada 26 falece antes de atingir o primeiro aniversario e que um em cada 16 falece antes de atingir o quinto aniversário. A mortalidade neonatal estima-se a 18 óbitos por 1000 nados vivos durante o período quinquenal mais recente anterior ao inquérito. A mortalidade pós-neonatal situa-se a 20 óbitos por 1000 nados vivos. Esses resultados mostram que cerca de 47% dos óbitos de crianças menores de um ano assim como mais de um quarto dos óbitos nas crianças menores de cinco anos ocorrem durante o período neonatal.

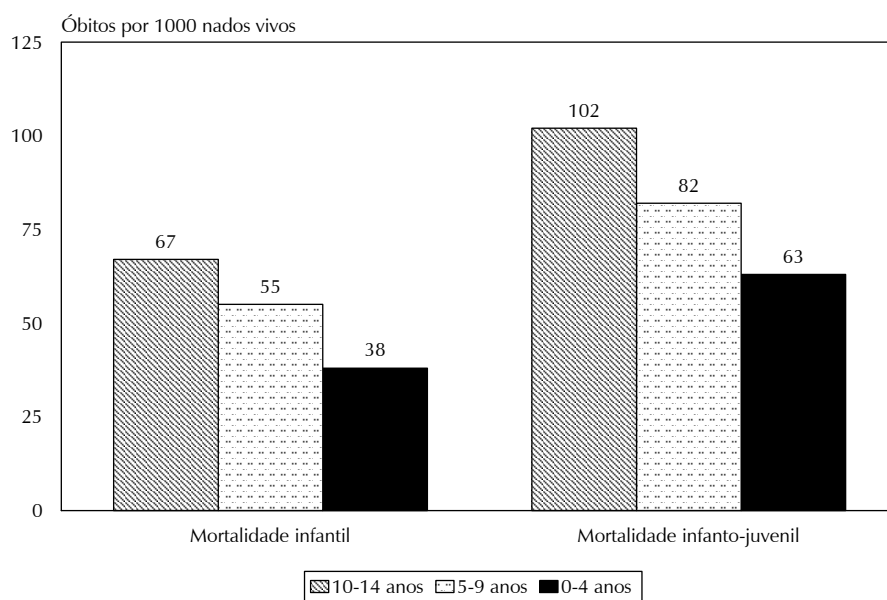
Quadro 12.1 Quocientes de mortalidade das crianças menores de 5 anos

Quociente de mortalidade neonatal, pós-neonatal, infantil, juvenil, e infanto-juvenil por períodos de 5 anos anteriores ao inquérito, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

Número de anos anteriores ao inquérito	Mortalidade Neonatal (MNN)	Mortalidade pós-neonatal[1] (PNN)	Mortalidade infantil ($_1q_0$)	Mortalidade juvenil ($_4q_1$)	Mortalidade infanto-juvenil ($_5q_0$)
0-4	18	20	38	25	63
5-9	24	32	55	28	82
10-14	23	44	67	38	102

[1] Calculado através da diferença entre as taxas de mortalidade infantil e neo-natal.

O gráfico 12.1 permite retraçar a evolução da mortalidade infantil e infanto-juvenil durante os últimos quinze anos. Os níveis da mortalidade infantil e infanto-juvenil baixaram regularmente em todas as componentes, nos últimos 15 anos. De 1996 (meio do período 10-14 anos anteriores ao inquérito), a mortalidade passou de 67 ‰ a 38 ‰, ou seja teve uma redução de 76%. Durante o referido período, a mortalidade infanto-juvenil variou de 102 ‰ a 63 ‰, ou seja baixou de 62%.

***Gráfico 12.1* Tendência da mortalidade infantil e da mortalidade infanto-juvenil**

12.3 MORTALIDADE DIFERENCIAL

O quadro 12.2 apresenta os níveis de mortalidade segundo algumas características sociodemográficas. Um período de dez anos (1999 a 2008) é necessário para dispor de efectivos de óbitos estatisticamente suficientes para o cálculo da probabilidade em cada sub-grupo de população.

Constata-se uma diferença de nível de mortalidade entre os meios de residência. Os quocientes de mortalidade infantil e pósneonal são inferiores no meio urbano do que rural (respectivamente 42 ‰ contra 50 ‰ e 22 ‰ contra 29 ‰), enquanto os quocientes de mortalidade juvenil e infanto-juvenil são mais elevados no meio urbano do que rural (respectivamente 33 ‰ contra 20 ‰ e 74 ‰ contra 69 ‰). A mortalidade neonatal não apresenta praticamente diferença entre os meios (20 ‰ no urbano contra 22 ‰ no rural).

Os resultados mostram variações significativas entre as regiões. Globalmente, os quocientes de mortalidade infantil e juvenil são mais elevados na Região Norte (respectivamente, 61 ‰ e 85 ‰). A Região do Príncipe apresenta níveis mais baixos, com excepto o quociente de mortalidade juvenil.

Quadro 12.2 Mortalidade das crianças por características socio-económicas

Quociente de mortalidade neonatal, pós-neonatal, infantil, juvenil e infanto-juvenil para o período de dez anos anteriores ao inquérito, por algumas características socioeconómicas, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

Características s ocioeconómicas	Mortalidade Neonatal (MNN)	Mortalidade pós-neonatal[1] (PNN)	Mortalidade infantil ($_1q_0$)	Mortalidade juvenil ($_4q_1$)	Mortalidade infanto-juvenil ($_5q_0$)
Meio de residência					
Urbano	20	22	42	33	74
Rural	22	29	50	20	69
Região					
Região Centro	26	21	47	25	71
Região Sul	8	23	31	31	61
Região Norte	19	42	61	25	85
Região do Príncipe	5	11	16	42	57
Nível de instrução					
Nenhum	68	39	106	36	138
Primário	16	28	45	29	72
Secundário ou mais	21	12	33	16	49
Quintil de bem-estar económico					
O mais pobre	20	33	53	40	90
Segundo	28	21	49	25	72
Médio	18	24	42	35	76
Quatro	22	35	57	27	83
O mais rico	15	11	26	1	28

[1] Calculado através da diferença entre as taxas de mortalidade infantil e neo-natal.

Por outro lado, como observado em vários países, as taxas de mortalidade diminuem a medida que aumenta o nível de escolaridade da mãe. De facto, o quociente de mortalidade infantil varia de 106 ‰ entre as crianças cuja mãe nunca foi a escola para 45 ‰ entre as crianças cuja mãe tem o nível primário e para 33 ‰ nas do nível secundário ou mais. Os riscos de morte entre o nascimento e o quinto aniversário são de 138 ‰ quando a mãe não tem um nível de instrução contra 72 ‰ quando a mãe tem o nível primário e 49 ‰ entre as mães que possuem pelo menos o nível do secundário.

A análise da variação da mortalidade por quintil de bem-estar económico mostra uma tendência geralmente observada: os riscos de mortalidade das crianças vivendo num agregado do quintil mais pobre são mais elevados do que os que correm as crianças de um agregado do quintil mais rico.

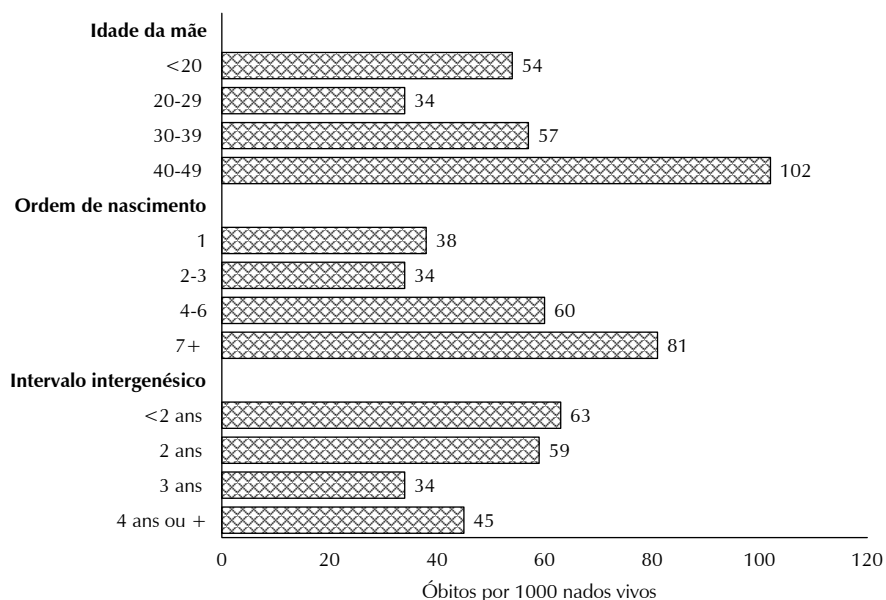
O quadro 12.3 e o gráfico 12.2 apresentam os diferentes quocientes de mortalidade das crianças segundo algumas características demográficas da mãe e das crianças. Comparando a mortalidade diferencial por sexo, sobressaiu que a semelhança da maioria das populações os rapazes apresentam níveis de mortalidade mais elevados do que as meninas, qualquer que for o indicador de mortalidade considerado.

Quadro 12.3 Quocientes de mortalidade das crianças por algumas características demográficas da mãe e das crianças

Quociente de mortalidade neonatal, pós neonatal, infantil, juvenil e infanto-juvenil para o período de dez anos anteriores ao inquérito, por algumas características demográficas da mãe e das crianças, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

Características demográficas	Mortalidade Neonatal (MNN)	Mortalidade pós-neonatal[1] (PNN)	Mortalidade infantil ($_1q_0$)	Mortalidade juvenil ($_4q_1$)	Mortalidade infanto-juvenil ($_5q_0$)
Sexo da criança					
Masculino	27	31	57	31	86
Feminino	15	20	35	22	57
Idade da mãe ao nascimento da criança					
<20	13	41	54	36	88
20-29	18	16	34	18	51
30-39	30	27	57	40	95
40-49	23	79	102	6	108
Ordem de nascimento					
1	17	22	38	22	59
2-3	15	19	34	21	54
4-6	35	25	60	42	100
7+	18	63	81	25	104
Intervalo intergenésico precedente[2]					
<2 anos	25	38	63	52	111
2 anos	22	37	59	35	92
3 anos	12	21	34	8	42
4 anos ou +	27	18	45	21	65
Tamanho ao nascer[3]					
Pequeno/muito pequeno	20	36	55	na	na
Médio ou gordo	10	9	20	na	na
NS/Sem informação	154	170	324	na	na

[1] Calculado através da diferença entre as taxas de mortalidade infantil e neo-natal.
[2] Não inclui os nascimentos de ordem 1.
[3] Quocientes para o período de cinco anos anteriores ao inquérito.
na = Não se aplica

Gráfico 12.2 Mortalidade infantil e comportamento reprodutivo

IDS STP 2008-2009

O risco de morrer é superior entre as crianças de mãe muito jovem ou de mãe relativamente mais velha. Por exemplo, as crianças de mãe menor de vinte anos apresentam um risco de falecer antes do primeiro aniversário mais elevado do que as crianças de mãe com a idade de 20-29 anos ao nascimento da criança. Os quocientes estimam-se a 54 ‰ e 34 ‰ respectivamente, ou seja um risco de 1,6 vezes o nível de risco quando as crianças são de mãe muito jovem. As crianças de mãe com a idade de 40 anos ou mais são ainda muito mais expostas ao risco de morrer do que as crianças de mãe muito nova; correm riscos três vezes superiores aos induzidos por mãe de 20-29 anos de idade.

Ainda, os resultados mostram de maneira significativa a influência do intervalo intergenésico nos riscos de falecimento. De facto, constata-se que os espaçamentos curtos entre nascimentos reduzem as probabilidades de sobrevivência das crianças. As crianças nascidas em menos de dois anos após os irmãos são sujeitos a riscos mais importantes do que as nascidas após um período de pelo dois anos em relação ao nascimento precedente. Os resultados apontam uma taxa de mortalidade de 63 ‰ para as crianças nascidas num intervalo intergenésico inferior a dois anos, enquanto se estima a 34 ‰ para as crianças cujo intervalo de nascimento em relação ao nascimento precedente é de três anos.

O risco de morrer antes do primeiro aniversário é de 81 ‰ para os nascimentos de ordem superior a 6 contra 34 ‰ para os nascimentos de ordem 2-3, ou seja existe um risco de 135% mais importante. Neste propósito, podemos pensar que o risco de mortalidade infantil mais elevado observado nas crianças da primeira ordem (cerca de 12% superior nas crianças de ordem de nascimento 2-3) pode ser agravado pela precocidade da idade da mãe ao nascimento (mãe muito jovem).

As diferenças de mortalidade observadas põem em evidência riscos importantes de mortalidade relacionados às características da fecundidade das mulheres, nomeadamente a precocidade dos nascimentos, a ordem de nascimento elevada e o intervalo curto entre nascimentos.

O tamanho do filho ao nascer influencia os riscos de mortalidade das crianças. De facto, constata-se que os recém-nascidos pequenos ou muito pequenos (incluindo os prematuros) apresentam uma taxa de mortalidade pós-neonatal quatro vezes superiores a taxa observada nos bebés de tamanho médio ou gordos (36 ‰ contra 9 ‰) e uma mortalidade infantil 175% mais elevada (55 ‰ contra 20 ‰).

É de salientar que o tamanho da criança ao nascer depende grandemente do estado de saúde da mãe, da sua maturidade biológica e do seu estado nutricional durante a gravidez. As gravidezes precoces, com pouco espaçamento e/ou muito repetitivas favorecem nascimentos de crianças de fraco peso que acabam por ser mais vulneráveis do que as outras crianças.

12.4 COMPORTEMENTOS REPRODUTIVOS DE RISCO

Vários estudos evidenciam a estreita relação entre as probabilidades de morte das crianças e os comportamentos reprodutivos da mãe. Foi demonstrado de maneira evidente que o risco de falecer é muito mais elevado entre as crianças de mãe muito jovem ou de idade muito avançada na altura do nascimento; se o intervalo de nascimento em relação ao nascimento precedente fosse curto ou se a mãe já tem uma paridade muito elevada. As mulheres muito jovens podem enfrentar dificuldades durante a gravidez e durante o parto, devido a sua imaturidade biológica. De igual modo, as mulheres mais idosas podem também enfrentar dificuldades durante a gravidez e no parto por causa da idade.

Para as necessidades de análise, uma mãe é considerada como *Muito nova* se ela tem menos de 18 anos e *De idade avançada* se possui mais de 34 anos na altura do nascimento; um *curto intervalo* se refere a nascimentos ocorridos em menos de 24 meses após o nascimento precedente e um nascimento *de ordem elevada* ocorre a partir de três nascimentos e mais.

O quadro 12.4 apresenta uma classificação dos nascimentos dos últimos cinco anos por categorias de alto risco. Assim segundo a classificação distinguem-se:

- A categoria de risco inevitável, agrupando os nascimentos da primeira ordem que representam um risco elevado de mortalidade, mas que são inevitáveis, salvo nas mães adolescentes de idade inferior a 18 anos. Constam nesta categoria os nascimentos de ordem 1, provenientes de mães com idade compreendida entre 18 e 34 anos;

- A categoria de riscos elevados resultante de mães que pertencem a uma única categoria de risco: idade precoce à procriação (inferior a 18 anos) ou tardia (35 anos ou mais anos), intervalo intergenésico curto (inferior a 24 meses) ou ordem de nascimento superior a 3;

- A categoria de vários riscos combinados: idade da mãe ao nascimento do filho (precoce ou tardio), intervalo curto entre nascimentos, ordem de nascimentos elevada;

- A categoria dos nascimentos que não correspondem a nenhuma das categorias supra definidas, ou seja nascimentos de mães de 18-34 anos, intervalo de 24 meses ou mais, paridade não superior a 3.

A coluna 2 do quadro12.4 apresenta as percentagens de crianças nas categorias definidas acima.

Os dados do quadro mostram que em cada 100 nascimentos ocorridos nos últimos cinco anos, 52 pertencem a uma das categorias de alto risco evitável, 15 pertencem à categoria de alto risco inevitável e 33 a nenhuma categoria de alto risco. Entre os nascimentos de alto risco, 34% é classificada na categoria de risco único, 19% na categoria de riscos múltiplos. Na categoria de risco único, 21% dos nascimentos é de ordem elevada (superior a 3). Os nascimentos de ordem elevada e os nascimentos de mães com idade avançada (35 anos ou mais) constituem uma proporção de 15% da categoria de alto riscos múltiplos.

No intuito de avaliar os riscos suplementares de morte atribuíveis ao comportamento reprodutivo das mães, foram calculados razões de risco. Esta razão é definida como sendo a relação entre a proporção de crianças que morreram em cada categoria específica de risco e a proporção de crianças não classificadas numa das categorias de risco, ou seja as crianças de mães com idade compreendida entre 18 e 34 anos ao nascimento, que nasceram pelo menos 24 meses após o nascimento precedente ou que são de ordem 2 ou 3.

Como assinalado no quadro 12.4, uma criança de uma qualquer categoria de alto risco único (não incluindo as crianças de ordem 1 e de mães com a idade 18-34 anos) corre um risco de morte 1,7 vez superior a que está exposto uma criança classificada em nenhuma categoria de risco. Um intervalo intergenésico curto constitui um factor de risco elevado, visto que uma criança nascida em menos de 24 meses após o irmão apresenta um risco de 1,9 vez mais elevado que uma criança da categoria de referencia. De igual modo, os nascimentos de ordem elevada que correm riscos de morte 2,1 vezes superior em comparação à categoria de referência. Como era de espera, as crianças na categoria de vários altos riscos combinados são as mais expostas e apresentam riscos 3,2 vezes maiores em relação a um nascimento de categoria de não risco.

Quadro 12.4 Comportamentos reprodutivos de alto risco

Distribuição percentual de crianças nascidas nos últimos 5 anos anteriores ao inquérito, por categoria de alto risco de morte e razão de risco, e distribuição percentual de mulheres actualmente casadas/em união por categorias de risco, no caso de estarem em risco de concepção de uma criança na altura do inquérito segundo as categorias de alto risco de mortalidade, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

	Nascimentos nos cinco anos anteriores ao inquérito		
Categorias de alto risco	Percentagem de nascimentos	Razão de risco	Percentagem de mulheres actualmente unidas[1]
Em nenhuma categoria de risco	32,8	1,00	22,3[a]
Categoria de risco inevitável			
Primeiro nascimento entre a idade de 18 e 34 anos	15,1	0,89	4,4
Categoria de risco elevado			
Mãe menor de 18 anos	6,5	0,74	0,7
Mãe de idade maior de 34 anos	2,2	0,00	3,0
Intervalo intergenésico <24 meses	3,7	1,94	8,1
Ordem de nascimento maior de 3	21,3	2,07	16,9
Subtotal	33,7	1,66	28,7
Em várias categorias de risco elevado			
Idade <18 e intervalo intergenésico <24 meses[2]	0,3	6,37	0,6
Idade> 34 e intervalo intergenésico <24 meses	0,0	*	0,1
Idade> 34 e ordem intergenésico> 3	14,5	2,40	28,3
Idade> 34 e intervalo intergenésico <24 meses e ordem de nac.>3	1,1	14,97	5,4
Intervalo <24 meses e ordem de nascimento >3	2,6	2,38	10,1
Sub-total	18,5	3,20	44,6
Numa categoria de risco evitável	52,1	2,21	73,3
Total	100,0	na	100,0
Efectivo de nascimentos/mulheres	1 834	na	1 718

Nota: A razão de risco é o rácio da proporção de crianças que faleceram em cada categoria de risco e a proporção de crianças que faleceram mas que não se classificam em nenhuma categoria de alto risco.
na = Não se aplica
[1] As mulheres são classificadas em categorias de alto risco segundo o estatuto que teriam ao nascimento da criança, se esta criança fosse concebida na altura do inquérito: idade inferior a 17 anos e 3 meses ou superior a 34 anos e 2 meses, o último nascimento aconteceu nos 15 últimos meses e a ordem de nascimento de 3 ou mais.
[2] Inclui a categoria: idade <18 anos e ordem de nascimento> 3
[a] Inclui mulheres esterilizadas
* Razão baseada em muito poucos efectivos não ponderados.

A partir da análise do comportamento reprodutivo de alto risco, foi determinada a proporção de mulheres actualmente casadas ou em união de facto que potencialmente poderiam ter um tal comportamento, considerando a idade actual das mulheres, o intervalo de tempo desde o seu último filho e a ordem de nascimento do seu último filho. Com base nestes critérios determina-se a categoria em que se enquadraria o próximo nascimento, recorrendo à hipótese de cada mulher conceber uma criança na altura do inquérito. Trata-se de uma simulação para determinar a proporção dos nascimentos futuros de alto risco, no caso de ausência de comportamento de regulação da fecundidade. A última coluna do quadro 12.4 mostra que apenas 22% das crianças estaria numa categoria de não risco, enquanto cerca de 73% estaria numa categoria de alto risco: 28% estaria numa categoria de alto risco único e 45% numa categoria de vários altos riscos combinados.

MORTALIDADE ADULTA E MORTALIDADE MATERNA 13

13.1 INTRODUÇÃO

A taxa de mortalidade materna constitui hoje em dia um importante indicador de desenvolvimento humano e social. Praticamente todos os óbitos associados à gravidez e ao parto (95%) ocorrem em África e na Ásia. Na África subsariana, uma em cada 12 mulheres, morre durante uma gravidez ou um parto contra uma em cada 4.000 nos países ricos. Trata-se de um indicador particularmente relevante da condição feminina, do acesso das mulheres aos cuidados de saúde e da forma como o sistema de saúde responde às suas necessidades. É, portanto, importante que se possa ter à disposição informações sobre os níveis da mortalidade materna, não somente porque informam sobre os riscos durante a gravidez e o parto, mas também porque informam sobre a saúde das mulheres, e indirectamente, sobre a sua situação económica e social. Neste sentido, a medida do indicador de mortalidade materna e dos factores de risco associados é necessária tanto para o diagnóstico da situação como para o seguimento e a avaliação dos programas que serão implementados.

O Inquérito Demográfico e de Saúde de STP recolheu pela primeira vez os dados que permitem calcular o nível de mortalidade materna, utilizando os métodos de estimativa directa e indirecta. Estas estimativas se fazem a partir de dados sobre a sobrevivência das irmãs das inquiridas. Para cada uma das irmãs da inquirida, foram recolhidas informações sobre a sua idade actual; se ela faleceu, perguntou-se a idade aquando da morte e o número de anos decorridos após a morte. A propósito das irmãs falecidas, foram feitas perguntas adicionais para determinar se a morte estava relacionada com a maternidade, ou seja se a morte decorreu durante a gravidez, durante o parto ou nos dois meses após o parto ou o término da gravidez.

O método de estimativa directa da mortalidade materna requer os dados sobre a idade das irmãs sobreviventes e, para as irmãs falecidas, a idade aquando do falecimento e o número de anos decorridos após a morte. Para se obter os períodos de referência bem definidos, os dados foram agregados para determinar o número de pessoas-anos de exposição à mortalidade e o número de óbitos maternos resultantes de cada período de referência. As taxas de mortalidade materna são então directamente calculadas dividindo o número de óbitos pelo número de pessoas-anos submetidas à exposição. O resultado deste cálculo indica a proporção de irmãs, entre todas as irmãs das inquiridas, que faleceram por uma causa materna. Trata-se de uma estimativa correcta da probabilidade de falecimento de causa materna, desde de que o risco de falecimento seja idêntico ara todas as irmãs (Trussell et Rodriguez, 1990).

O método indirecto de estimativa da mortalidade materna não requer nenhuma informação sobre a idade aquando da morte materna e sobre o número de anos decorridos após a morte materna da irmã. Este método calcula, para todas as irmãs, o risco de falecer por causas maternas durante o período da reprodução. Dado que as estimativas se referem à vida das irmãs das inquiridas, não se aplicam a um período de tempo bem delimitado, mas reflectem as condições de mortalidade correspondentes a um período central que se situa a aproximadamente 12 anos antes do inquérito. Mas no que se segue, vamos limitar a apresentar o método directo de estimativa da mortalidade materna.

13.2 RECOLHA DE DADOS

O questionário utilizado para recolher os dados sobre a mortalidade materna é apresentado no Anexo E (Secção 11 do questionário individual). Em primeiro lugar, solicitamos que as mulheres inquiridas fornecem a lista de todos os seus irmãos e irmãs, ou seja, todos os filhos que sua mãe teve, começando pelo primeiro filho(a). Depois, pergunta-se à inquirida o estado de sobrevivência dos seus irmãos e irmãs, e para aqueles que ainda estão vivos, lhes perguntamos a idade actual. Para aqueles que já faleceram, informamo-nos sobre o número de anos decorridos desde o falecimento e a idade aquando da morte. Nos casos em que não se podia obter as respostas certas às idades ou aos números de anos decorridos desde a morte, as inquiridoras foram autorizadas a aceitar respostas aproximadas.

Para irmãs falecidas à idade de 12 anos ou mais, foram feitas outras perguntas às mulheres para determinar se a morte esteve relacionada com a maternidade:

- " *(NOME) estava grávida quando faleceu?"* Se a resposta for não, fez-se a seguinte pergunta:
- " *(NOME) faleceu durante o parto?* Se a resposta for negativa, perguntamos então:
- " *(NOME) faleceu dois meses seguintes após a gravidez, ou dois meses após o parto?"*

Estas perguntas foram elaboradas para encorajar a inquirida a declarar todas os falecimentos relacionados com uma gravidez, independentemente do resultado e, em particular, uma gravidez que resultou num aborto provocado, embora que não se faça perguntas directas sobre esse tipo de acontecimento. Todos estes falecimentos foram considerados como óbitos maternos.

13.3 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS DADOS

Utilizando o método directo ou indirecto, a estimativa da mortalidade materna necessita de dados exactos sobre o número de irmãs da inquerida, o número de pessoas que faleceram e o número de mulheres cuja morte está associada à maternidade. Não existe um procedimento claramente definido para estabelecer a cobertura dos dados recolhidos através de um inquérito retrospectivo aos agregados familiares sobre a sobrevivência das irmãs. A estimativa directa exige dados mais exactos sobre a sobrevivência das irmãs, dados sobre a idade e o número de anos decorridos após a morte das irmãs - informações que poderão incomodar os inquiridos ou que exigem esclarecimentos que os inquiridos não têm. Os números de irmãos e irmãs declarados pela inquirida e a cobertura dos dados declarados sobre a idade, a idade aquando do falecimento e do número de anos decorridos após o falecimento são apresentados no quadro 13.1.

Quadro 13.1 Cobertura da informação referente aos irmãos e irmãs

Número de irmãos e irmãs declarados pelos entrevistados e cobertura dos dados declarados do estado de sobrevivência, a idade ao falecimento e o número de anos desde o falecimento, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

	Irmãs		Irmãos		Total	
	Efectivo	%	Efectivo	%	Efectivo	%
Total de irmãos e irmãs	8 326	100, 0	8 374	100, 0	16 700	100, 0
Sobreviventes	7 180	86, 2	6 964	83, 2	14 144	84, 7
Falecidos	1 140	13, 7	1 393	16, 6	2 533	15, 2
ND/Sem informação	6	0, 1	16	0, 2	22	0, 1
Total de sobreviventes	7 180	100, 0	6 964	100, 0	14 144	100, 0
Idade declarada	7 107	99, 0	6 862	98, 5	13 969	98, 8
ND/ Sem informação	74	1, 0	102	1, 5	175	1, 2
Total de falecidos	1 140	100, 0	1 393	100, 0	2 533	100, 0
Idade e número de anos declarados	1 014	89, 0	1 259	90, 4	2 273	89, 7
Idade ao falecimento sem Informação	24	2, 1	30	2, 1	54	2, 1
Número de ano sem informação	93	8, 1	96	6, 9	189	7, 4
Idade e número de anos sem informação	9	0, 8	9	0, 6	17	0, 7

Foram obtidos dados completos para quase todas as irmãs, independentemente do seu estado de sobrevivência. Foi declarada uma idade para quase a totalidade das irmãs sobreviventes (99%), uma idade aquando do falecimento e o número de anos decorridos após o falecimento foram declarados por 89% das irmãs. Estas percentagens revelam uma qualidade de dados relativamente boa. Ao invés de excluir das análises os irmãos e irmãs, para os quais dados estivessem em falta, foram utilizadas informações sobre a ordem de nascimento dos irmãos e irmãs, em conjunto com outras informações, para imputar um valor aos dados em falta[1]. Os dados de sobrevivência dos irmãos e irmãs, incluindo casos com valores imputados foram utilizados no cálculo directo das taxas de mortalidade de adultos e das taxas de mortalidade por causa materna.

Quadro 13.2 Indicadores da qualidade dos dados referentes aos irmãos e irmãs

Distribuição percentual das entrevistadas, e dos irmãos e irmãs por ano de nascimento, do rácio de masculinidade ao nascer e da evolução do tamanho médio da fratria por ano de nascimento da entrevistada, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

Ano de nascimento	Entrevistadas	Irmãos/irmãs
Antes 1960	1, 9	7, 5
1960-64	8, 1	6, 5
1965-69	11, 0	9, 8
1970-74	10, 5	11, 7
1975-79	16, 7	13, 4
1980-84	16, 4	15, 4
1985-89	18, 3	13, 3
1990-94	17, 1	9, 7
1995 ou mais tarde	0, 0	12, 8
Total	100, 0	100, 0
Intervalo	1958-1994	1930-2008
Mediana	1972	1971
Efectivo	2 615	16 340

Ano de nascimento da entrevistada	Tamanho médio da fratria	Rácio de masculinidade ao nascer
1955-59	7,4	89,8
1960-64	7,7	94,3
1965-69	8,0	99,5
1970-74	8,4	109,3
1975-79	7,8	97,5
1980-84	7,5	101,0
1985-89	6,9	97,9
1990-95	6,3	106,5
Total	7,4	100,6

Relativamente às datas, o número de informações que faltam é apenas um indicador da qualidade geral dos dados. A cobertura das informações básicas, nomeadamente a possível omissão de irmãos e irmãs é muito mais importante. O quadro 13.2 apresenta vários testes para avaliar a cobertura. Em primeiro lugar, espera-se que, em média, a data de nascimento das inquiridas esteja entre as datas de nascimento dos seus irmãos. Se o ano mediano de nascimento dos irmãos e irmãs for muito mais tardio do que dos inquiridos, isso significaria que os inquiridos falharam consistentemente nas datas dos irmãos e irmãs mais velhas, talvez porque alguns deles morreram antes deles nascerem. Tais omissões afectam a estimativa da mortalidade adulta. No caso de STP, o ano mediano de nascimento dos irmãos é igual a 1971, e o dos inquiridos é igual a 1972[2], o que significaria que aparentemente não houve sub-declaração flagrante de irmãos e irmãs pelos inquiridos. Do ponto de vista do indicador da mortalidade materna, o mais importante não ter todos os irmãos e irmãs declarados. Por outro lado, é fundamental que os dados sejam tão completos quanto possível sobre as pessoas submetidas ao risco de mortalidade materna, ou seja, as irmãs em idade fértil.

[1] A imputação baseia-se no pressuposto segundo o qual a ordem de nascimentos dos irmãos e irmãs está correcta. Primeiramente, calculamos uma data de nascimento para cada irmão vivo e irmã viva cuja idade conhecemos e para cada irmão falecido e irmã falecida para o qual temos as informações completas sobre a idade aquando do falecimento e sobre o número de anos decorridos após o falecimento. Para os irmãos e irmãs para os quais faltam dados, atribuímos uma data de nascimento dentro do intervalo delimitado pelas datas de nascimento dos irmãos e irmãs «enquadrantes». Para os irmãos e irmãs sobreviventes, calculamos uma idade a partir da data de nascimento atribuída. No caso dos irmãos e irmãs falecidos, caso dispormos quer da sua idade aquando do falecimento, quer do número de anos decorridos após o falecimento, esta informação é combinada com a data de nascimento atribuída para fornecer a informação em falta. Se nenhuma dessas duas informações estiver disponível, então a distribuição de idade ao falecimento dos irmãos e irmãs dos quais só conhecemos a idade aquando do falecimento, mas não o número de anos decorridos após o falecimento, é utilizada como base para a imputação da idade aquando do falecimento.

[2] Constataremos que a distribuição dos anos de nascimento dos irmãos e irmãs não segue a das inquiridas: enquanto os anos de nascimento das inquiridas se distribuem por 35 anos (1955-1990), os dos irmãos e irmãs se referem a 85 anos (1919-2004)

Dois outros testes, nomeadamente o rácio de masculinidade à nascença e tamanho médio da fratria (dos irmãos e irmãs) podem ser utilizados para avaliar a cobertura dos registos de irmãos e irmãs. Os resultados são apresentados no quadro 13.2.

Para todos os irmãos e irmãs, o rácio de masculinidade à nascença é de 101 homens por 100 mulheres, indicando que há uma ligeira subestimação dos homens, uma vez que o rácio de masculinidade à nascença varia pouco em torno de 105 homens por 100 mulheres, independentemente da população. No caso do STP, o rácio de masculinidade à nascença se situa entre 90 e 109. Dada a variabilidade bem conhecida do rácio de masculinidade nas pequenas amostras, especialmente no contexto de pequenas amostras, como no caso do inquérito IDS em STP, não aparece nenhuma tendência de sub-registo na declaração das irmãs.

O tamanho médio da fratria (incluindo a inquirida) é de 7,4. A evolução do tamanho por ano de nascimento da inquirida mostra uma variação entre 6,3 e 8,4 crianças. A partir do período de 1975-79, constatamos uma queda não negligenciável da fecundidade em STP. Assim, a pouca variabilidade do tamanho médio da fratria parece indicar, conforme os resultados anteriores, que não houve uma omissão importante dos irmãos e irmãs por parte das inquiridoras.

Com este tipo de dados, pode-se colocar um outro problema: a atracção por certos valores preferenciais, os valores utilizados pelas inquiridas que não sabem com precisão a idade exacta da morte e/ou o número exacto de anos decorridos após o falecimento, mas que poderão fornecer uma estimativa.

Quanto às estimativas de mortalidade geral e mortalidade materna, um período de 10 anos (isto é, 0-9 anos antes do inquérito) foi escolhido de forma a obter uma estimativa de mortalidade materna mais recente possível, ter um número suficiente de casos de óbitos maternos (que continuam apesar de tudo relativamente raros) para minimizar os erros de amostragem e obter uma estimativa fiável.

13.4 ESTIMATIVA DIRECTA DE MORTALIDADE ADULTA

As estimativas por idade da mortalidade masculina e feminina para o período 1999-2008, calculadas segundo o procedimento directo de declarações sobre o estado de sobrevivência são apresentados no quadro 13.3. O número de óbitos de irmãos e irmãs ocorridos durante o período de referência para as idades de 15 a 49 anos é relativamente baixo (120 mulheres e 171 homens). Portanto, é evidente que as taxas individuais sejam sujeitas às variações de amostragem.

O nível de mortalidade de adultos é relativamente baixo: 2,5 ‰ para todas as mulheres e de 3,5 ‰ para todos os homens. Para as mulheres, as taxas estimadas mostram pouca variação entre 15 e 34 anos e depois aumentam como já era de se esperar, nas idades de 35 anos ou mais. A tendência geral parece susceptível de aumentar por um factor de mais de cinco entre a taxa para o grupo etário mais jovem (cerca de 1,2 por 1.000 mulheres) e o grupo etário mais velho (cerca de 6,1 por 1.000 mulheres). As taxas de mortalidade para os homens mostram a mesma tendência por idade, mas o aumento no grupo etário mais velho é claramente superior à observada entre as mulheres. Por outro lado, a taxa do grupo etário mais velho foi mais de sete vezes superior à média da taxa do grupo etário mais jovem (de 1,1 por 1.000 para 8,0 por 1.000).

Quadro 13.3 Estimativa da mortalidade adulta por idade

Estimativas directas da mortalidade adulta por grupo etário, baseadas nos dados do estado de sobrevivência dos irmãos e irmãs das mulheres entrevistadas, por sexo e para o período 1999-2008 e taxas das tábuas tipo de mortalidade, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

Grupo etário	Taxas estimadas para 1999-2008 Óbitos	Ano de exposição	Taxa (‰)	Tábua tipo de mortalidade das Nações Unidas Modelo Geral[1]
SEXO FEMININO				
15-19	12	10 071	1,2	0,82
20-24	22	10 997	2,0	1,12
25-29	14	9 936	1,4	1,42
30-34	17	8 397	2,0	1,80
35-39	22	6 347	3,4	2,38
40-44	18	4 124	4,4	3,27
45-49	15	2 486	6,1	4,69
15-49	120	52 357	2,5[a]	
SEXO MASCULINO				
15-19	11	9 999	1,1	1.55
20-24	29	10 536	2,8	2,23
25-29	23	9 207	2,5	2,58
30-34	23	7 890	2,9	3,07
35-39	32	6 479	4,9	4,05
40-44	32	4 431	7,3	5,64
45-49	21	2 559	8,0	8,15
15-49	171	51 100	3,5[a]	

[3] As taxas das tábuas tipo provêem do modelo de mortalidade das NU, modelo geral, em função de um valor de ${}_1q_0$ para o período de dez anos precedente o IDS STP ou seja ${}_1q_0$ = 60 ‰ para o sexo feminino e 84 ‰ para o sexo masculino.

[a] Taxas padrão por idade

É importante avaliar a fiabilidade das estimativas directas da mortalidade, porque os dados sobre a mortalidade das irmãs constituem a base dos dados para a mortalidade materna. Se a estimativa da mortalidade adulta não estiver correcta, a estimativa da mortalidade materna não terá nenhum valor. Na ausência de dados exactos sobre a mortalidade em STP, a avaliação é feita mediante a comparação das taxas estimadas em uma série de taxas directas e extrapoladas a partir de tábuas tipo de mortalidade das Nações Unidas (Nações Unidas, 1982).

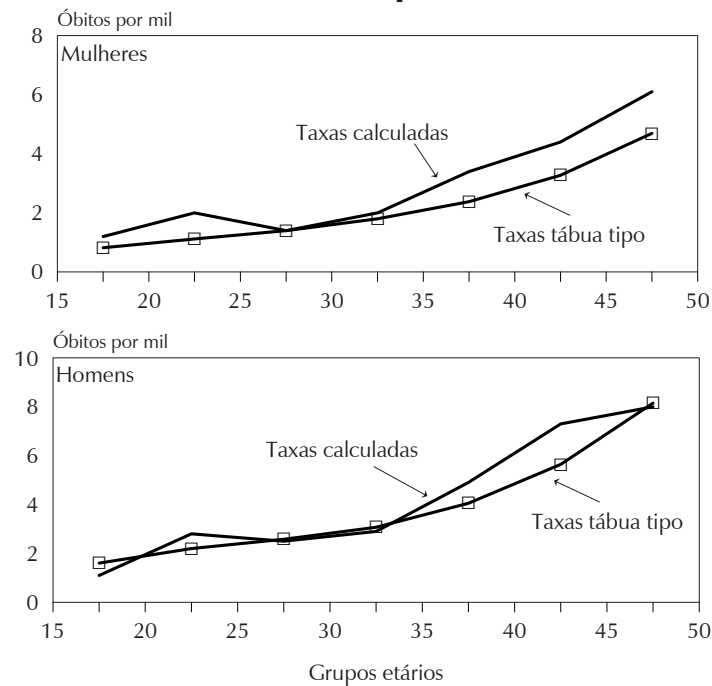
Os níveis de mortalidade por idade obtidos a partir de tábuas tipo de mortalidade estão apresentados no quadro 13.3. Entre as tábuas tipo das Nações Unidas, as correspondentes ao Modelo Geral foram escolhidos porque são estas que mais se aproximam do tipo de mortalidade juvenil de STP. As taxas foram seleccionadas com base numa taxa de mortalidade infanto-juvenil 5q0 para o período de 10 anos anteriores ao inquérito[3].

[3] As estimativas da probabilidade de morrer entre a nascença e os cinquenta anos (5q0) são de 176 por 1.000 para o sexo feminino e de 188 para o sexo masculino para o período de dez anos anteriores ao inquérito (ver capítulo 10).

Para os homens e as mulheres, as taxas de mortalidade adulta estimadas são geralmente mais elevadas do que as taxas do Modelo Geral (gráfico 13.1). Ainda, para os dois sexos, as diferentes taxas estimadas por idade no IDS-STP apresentam variações relativamente regulares. A validade dos dados recolhidos através de inquéritos retrospectivos pode ser afectada pela omissão de eventos e pela má declaração das datas. No âmbito deste estudo, as estimativas são provavelmente sujeitas a sub-declarações, especialmente para os eventos menos recentes, embora, não tem havido grandes problemas do tipo. A avaliação por comparação com os modelos de mortalidade das Nações Unidas, tende a confirmar a qualidade dos dados do estado de sobrevivência dos irmãos e irmãs, e as estimativas da mortalidade com base nestes dados parecem bastante plausíveis.

13.5 ESTIMATIVAS DIRECTAS DA MORTALIDADE MATERNA

As estimativas directas da mortalidade materna obtida a partir das declarações sobre o estado de sobrevivência das irmãs são apresentadas no quadro 13.4. O número de óbitos maternos é estimado em apenas 13 para o período de 0-9 anos antes do inquérito. Dado o pequeno número de eventos, o método utilizado é a estimativa de uma taxa única correspondente à idade reprodutiva. A estimativa global da mortalidade materna, expressa por 1.000 mulheres-anos de exposição é igual a 0,23 para o período 1999-2008.

***Grafico 13.1* Taxa de mortalidade por grupo etário para o período 0-9 anos anteriores ao IDS-STP e taxas das tábuas tipo de mortalidade**

As taxas de mortalidade por causa materna poderão ser convertidas em taxas de mortalidade materna expressa por 100.000 nascimentos vivos, dividindo-as pela taxa de fecundidade total do período considerado (Quadro 13.4). Exprimida dessa maneira, realçamos mais o risco obstétrico da gravidez e da maternidade. A taxa de mortalidade materna é de 158 óbitos maternos por 100.000 nascimentos vivos para o período de 0-9 anos antes do inquérito.

Quadro 13.4 Estimativa directa da mortalidade materna

Estimativa directa da mortalidade materna a partir dos dados do estado de sobrevivência dos irmãos e irmãs das mulheres entrevistadas, para o período de 0-9 anos anteriores ao inquérito, IDS São Tome e Príncipe

Grupo etário	Óbitos maternos	Anos de exposição	Taxa por causa materna	Proporção de óbitos maternos
15-19	1	10 071	0,13	0,00
20-24	2	10 997	0,16	0,04
25-29	3	9 936	0,31	0,11
30-34	2	8 397	0,25	0,11
35-39	2	6 347	0,24	0,09
40-44	3	4 124	0,70	0,11
45-49	0	2 486	0,29	0,01
Total	13	52 357	0,23[a]	0,08

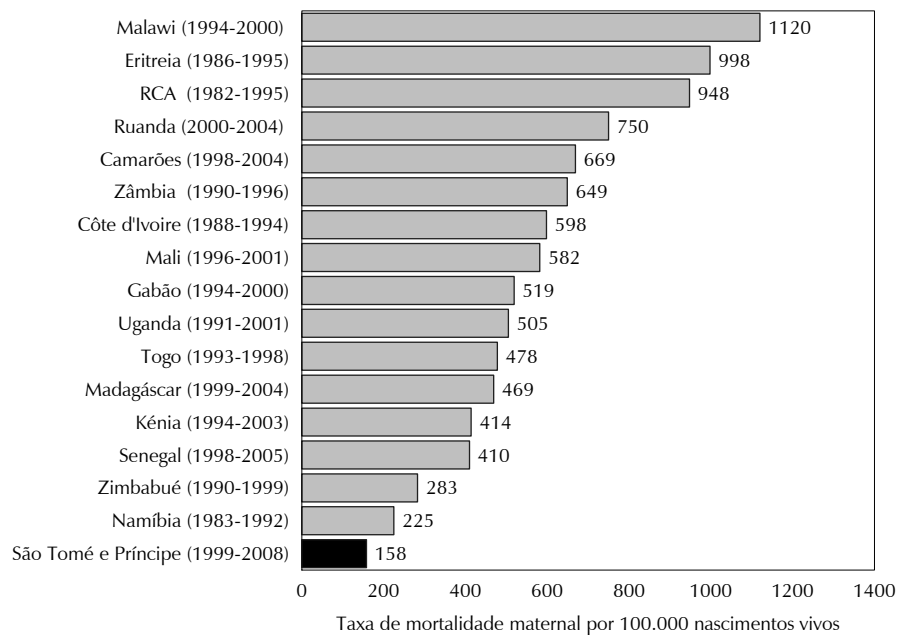
Taxa Global de Fecundidade Geral (TGFG ‰) 152[a]
Taxa de mortalidade materna (TMM) [1] 158

[a] Taxas padronizada por idade
[1] Para 100 000 nascimentos. Calculados de seguinte forma: taxa de mortalidade por causa materna 15-49 anos/TGFG.

As proporções de óbitos por causa materna (Quadro 13.4) por grupos etários para o período 1999-2008, deixam transparecer uma variação muito pequena, sobretudo para o grupo etário de 25-44 anos. Ao contrário dos outros indicadores de mortalidade acima mencionados, essas proporções não podem ser afectadas pelas sub-declarações na medida em que podemos supor que as eventuais sub-declarações não afectam mais os óbitos por causa materna do que os outros óbitos. Assim, para todos os óbitos de mulheres em idade fértil (15-49 anos), pouco mais de oito em cada 12 (8%) poderiam ser por causa materna.

Em conclusão, o nível de mortalidade materna em STP deve ser interpretado com muita cautela, porque as estimativas são baseadas numa pequena amostra de mulheres não mais do que 2615 mulheres em idade reprodutiva. Outrossim, a taxa de mortalidade materna estimada segundo a mesma metodologia do IDS realizadas noutros países Africanos ao sul do Sara, são apresentados na gráfica 13.2. É claro que a taxa de mortalidade materna aqui é significativamente menor do que nos outros países Africanos, o que não é surpreendente, dado que o acesso aos cuidados de saúde reprodutiva é muito mais fácil em STP do que na maioria dos outros países da África Subsariana.

Gráfico 13.2 Mortalidade materna em STP e em África subsariana

CONHECIMENTO, ATITUDES E COMPORTAMENTOS RELATIVAMENTE ÀS IST/SIDA 14

Com uma prevalência de 1% na população em geral, São Tomé e Príncipe tem uma epidemia de VIH de tipo generalizado. A fim de fazer face à epidemia, o Governo elaborou um Plano Estratégico Nacional de Luta contra a Sida[1] para o período de 2004 a 2008, com os três objectivos seguintes:

- Reduzir o risco de infecção pelo VIH/sida
- Reduzir a vulnerabilidade da infecção
- Reduzir o impacto da infecção.

Durante o inquérito realizado em 2008-2009 (IDS-STP) foram colocadas questões às mulheres e aos homens com o objectivo de avaliar, não apenas o nível de conhecimento da doença, as suas formas de transmissão e de prevenção, mas igualmente para identificar os comportamentos sexuais de risco e avaliar as atitudes em relação às pessoas portadores do VIH/sida. O IDS-STP é por conseguinte uma fonte de dados importantes, susceptível de melhorar os programas de prevenção da infecção pelo VIH, para o ajustamento das diferentes campanhas de comunicação e para o seguimento das acções de combate já existentes.

14.1 CONHECIMENTO DO VIH/SIDA E DAS FORMAS DE PREVENÇÃO

14.1.1 Conhecimento do VIH/sida

A atitude e o comportamento da população relativamente ao VIH/sida são amplamente tributários, entre outros aspectos, do nível de conhecimento que tem desta doença. O IDS-STP 2008-2009 permitiu avaliar o nível de conhecimento que a população tem do VIH/sida. Os resultados apresentados no quadro 14.1 revelam que a quase totalidade das mulheres (99%) e dos homens (99%) de 15-49 anos declararam ter ouvido falar da sida. Além disso, em todos sub-grupos, as percentagens daquelas e daqueles que conhecem a doença são bastante elevadas.

14.1.2 Conhecimento das formas de prevenção do VIH

O conhecimento que a população tem das formas de prevenção é indispensável, se queremos lutar eficazmente contra a propagação do vírus responsável da sida. As relações sexuais limitadas a um único parceiro, fiel e não infectado, e também a utilização do preservativo são os principais meios de prevenção contra a infecção do VIH

[1] UNGASS 2008

Quadro 14.1 Conhecimento do VIH

Percentagem de mulheres e homens de 15-49 que ouviram falar do VIH/sida, por algumas características sociodemográficas, IDS São Tome e Príncipe, 2008-2009

Características sociodemográficas	Mulheres		Homens	
	Percentagem que ouviu falar do VIH/ sida	Efectivo	Percentagem que ouviu falar do VIH/ sida	Efectivo
Grupo etário				
15-24	99,5	1 014	99,9	917
15-19	99,1	555	99,8	566
20-24	99,9	459	100,0	351
25-29	99,5	452	100,0	293
30-39	99,6	655	99,8	528
40-49	98,7	493	99,6	340
Estado civil				
Solteiro	99,5	605	99,7	936
Já iniciou relações sexuais	100,0	257	99,9	590
Nunca teve relações sexuais	99,1	348	99,3	345
Casada/em união	99,3	1 718	99,9	958
Div./separado/viúvo	99,3	291	100,0	184
Meio de residência				
Urbano	99,3	1 433	99,7	1 010
Rural	99,5	1 182	99,9	1 068
Região				
Região Centro	99,6	1 670	99,7	1 190
Região Sul	98,4	324	99,9	284
Região Norte	99,1	502	100,0	498
Região do Principe	100,0	119	100,0	107
Nível de instrução				
Nenhum	97,6	155	94,7	25
Primário	99,3	1 516	100,0	1 148
Secundário ou mais	99,9	944	99,7	905
Quintil de bem-estar económico				
O mais pobre	98,5	462	99,9	390
Segundo	98,9	516	99,4	408
Médio	99,5	475	100,0	417
Quarto	99,9	557	100,0	413
O mais rico	99,9	605	99,7	451
Total 15-49	99,4	2 615	99,8	2 078
Homens 50-59	na	na	99,4	218
Total homens 15-59	na	na	99,8	2 296

na = Não se aplica

O quadro 14.2 mostra que 77% das mulheres e 82% dos homens de 15-49 anos declararam que é possível limitar os riscos de contrair o VIH com a utilização do preservativo. Além disso, ao serem questionados se a restrição das relações sexuais a um único parceiro, fiel e não infectado permite evitar a contracção do VIH, 81% das mulheres e 80% dos homens responderam de forma afirmativa. Globalmente, 68 % das mulheres et 70 % dos homens conhecem estas duas formas de prevenção.

Quadro 14.2 Conhecimento de meios de prevenção do VIH

Percentagem de mulheres e homens de 15-49 anos que em resposta a determinadas perguntas, declararam que se pode fazer algo para reduzir os riscos de contrair o VIH /sida utizando um preservativo em todas as relações sexuais, tendo um único parceiro sexual fiel e não infectado e deixando de ter relações sexuais, por algumas características sócio-demográficas, IDS São Tomé e Principe 2008-2009

Características sociodemográficas	Mulheres					Homens				
	Usar o preservativo[1,]	Ter um único parceiro fiel e não infectado[2]	Usar o preservativo e ter um único parceiro fiel e não infectado[1,2]	Deixar de ter relações sexuais	Efectivo de mulherss de 15-49 anos	Usar o preservativo[1,]	Ter um único parceiro fiel e não infectado[2]	Usar o preservativo e ter um único parceiro fiel e não infectado[1,2]	Deixar de ter relações sexuais	Efectivo homens
Grupo etário										
15-24	75,6	77,4	65,4	44,6	1 014	79,5	75,6	64,6	35,9	917
15-19	73,8	75,0	62,6	42,0	555	74,3	71,2	57,8	35,7	566
20-24	77,9	80,4	68,8	47,8	459	88,0	82,6	75,5	36,4	351
25-29	78,2	81,3	69,0	49,3	452	87,5	85,0	77,6	42,5	293
30-39	76,7	86,2	71,6	56,8	655	81,0	82,2	72,3	45,8	528
40-49	77,8	81,3	67,8	46,1	493	83,6	85,9	75,7	42,5	340
Estado civil										
Solteiro	74,8	76,4	64,0	41,4	605	80,2	76,0	65,4	36,7	936
Já iniciou relações sexuais	73,7	78,2	62,6	37,5	257	85,2	80,8	72,6	38,2	590
Nunca teve relações sexuais	75,5	75,2	65,0	44,2	348	71,8	67,9	53,2	34,2	345
Casada/em união	77,5	82,2	69,4	51,4	1 718	83,1	84,9	74,9	43,9	958
Div./separado/viúvo	76,9	83,9	68,1	48,9	291	81,5	78,1	69,9	41,6	184
Meio de residência										
Urbano	78,1	81,3	68,7	41,0	1 433	84,8	81,4	71,9	33,4	1 010
Rural	75,1	80,7	67,2	58,2	1 182	78,7	79,2	68,5	47,1	1 068
Região										
Regiao Centro	75,4	81,4	66,8	42,1	1 670	82,0	81,7	72,0	37,2	1 190
Regiao Sul	83,3	88,8	79,6	68,2	324	90,1	78,2	72,6	36,4	284
Regiao Norte	74,8	71,1	60,9	52,8	502	75,8	75,2	62,1	44,0	498
Regiao do Principe	86,9	96,1	83,9	73,6	119	83,9	94,2	80,6	70,9	107
Nível de instrução										
Nenhum	73,8	74,0	64,0	57,0	155	(71,4)	(69,1)	(58,6)	(37,1)	25
Primário	73,6	78,5	63,7	50,2	1 516	78,6	77,3	66,2	40,5	1 148
Secundário ou mais	82,4	86,2	75,6	45,1	944	85,9	84,5	75,6	40,4	905
Quintil de bem-estar económico										
O mais pobre	73,2	74,8	63,5	55,2	462	75,3	75,8	62,2	45,0	390
Segundo	72,2	77,0	62,8	51,5	516	78,6	75,3	65,6	40,6	408
Médio	74,8	81,9	67,0	48,3	475	83,8	82,6	73,3	42,1	417
Quarto	77,9	82,0	69,1	44,3	557	81,3	81,5	69,8	39,3	413
O mais rico	83,9	87,7	75,7	46,0	605	88,4	85,6	78,6	35,9	451
Total 15-49	76,8	81,0	68,0	48,8	2 615	81,7	80,3	70,2	40,4	2 078
Homens 50-59	na	na	na	na	na	85,6	83,4	77,6	33,4	218
Total homens 15-59	na	na	na	na	na	82,1	80,6	70,9	39,8	2 296

na = Não se aplica
[1] Utilizando o perservativo cada vez que tiver relações sexuais.
[2] Um parceiro que não tem nenhum outro parceiro.
( ) Caso de efectivo não ponderado entre 25 e 49.

O conhecimento destas duas formas de prevenção varia conforme as características sociodemográficas. As variações devido à idade não são muito importantes, sobretudo nas mulheres. Pode-se contudo sublinhar que as mulheres e os homens entre 15-19 anos são aqueles que frequentemente menos conhecem estes dois meios de prevenção (63% e 58% respectivamente). Por outro lado, os resultados mostram que existe um nível de conhecimento mais baixo destas duas formas de prevenção entre os solteiros, no meio rural, na região Norte, entre as mulheres sem instrução e entre as mulheres e os homens que dos agregados familiares classificados nos dois quintis mais pobres. O quadro 14.2 revela também que para 49% das mulheres e 40% dos homens, a abstenção é uma forma de se prevenirem contra o VIH/sida. Esta proporção é particularmente elevada na região do Príncipe, onde 74% das mulheres e 71% conhecem esta forma de prevenção.

Por outro lado, durante o inquérito, uma série de propostas foram submetidas aos inquiridos a fim de avaliar o seu nível de conhecimento correcto em relação à transmissão e à prevenção do vírus. Os resultados figuram no quadro 14.3.1 para as mulheres e no quadro 14.3.2 para os homens.

Entre as mulheres de 15-49 anos, oito em cada 10 (80%) sabem que uma pessoa, aparentemente de boa de saúde pode todavia ter sido infectada pelo vírus que provoca a sida. Em relação à questão de saber se o vírus da sida pode ser transmitido por mosquitos ou através de feiticeria ou por meios sobrenaturais, respectivamente 79% e 84% das mulheres responderam de forma correcta. Além disso, 84% das mulheres sabe que a sida não se contrai comendo no mesmo prato com uma pessoa infectada pelo vírus da sida. De forma global, 60% das mulheres sabem que uma pessoa aparentemente de boa saúde pode todavia estar infectada pelo vírus da sida e rejeitam as duas crenças erradas locais mais correntes, que são a transmissão do VIH pelos mosquitos e por partilha das refeições com um doente de sida. No cômputo geral, 47% das mulheres são consideradas como tendo um conhecimento “completo” da sida. Por outras palavras, estas mulheres sabem que é possível diminuir o risco de contrair o vírus do sida utilizado o preservativo e limitando as relações sexuais a um único parceiro, fiel e não infectado; também, rejeitam as falsas ideias mais correntes acerca da transmissão da sida e sabem que é possível que uma pessoa com uma aparência saudável esteja infectada pelo vírus da sida.

O nível de conhecimento « completo » das formas de prevenção varia fortemente em função das características sociodemográficas das mulheres. As variações em função da idade são irregulares e a proporção de mulheres bem informadas varia entre um mínimo de 39 % na faixa dos 15-19 anos a um máximo de 52 % na faixa dos 30-39 anos. É na faixa dos 25-39 anos que se encontram as proporções mais elevadas de mulheres com um conhecimento da sida considerado completo. As mulheres casadas ou que vivem em união de facto e as mulheres em ruptura de união conhecem mais frequentemente as formas de transmissão e de prevenção da sida (47%), do que as mulheres solteiras, sobretudo as solteiras que nunca tiveram relações sexuais (41%). Entre as mulheres sem instrução, 38% têm um nível de conhecimento considerado « completo », enquanto nas mulheres mais instruídas esse nível é de 59%; nos quintis de bem-estar económico, a proporção varia de 37% entre as mulheres das famílias mais pobres para 60% entre as que pertencem às famílias mais ricas. As variações geográficas são igualmente importantes, visto que 50% das mulheres do meio urbano têm um conhecimento « completo » da sida, contra 42% do meio rural. Além disso, nas regiões, nota-se que é a região Norte que se caracteriza pela proporção mais baixa de mulheres que têm um conhecimento « completo » da sida (33%); do lado oposto, é na região do Príncipe que as mulheres são proporcionalmente mais numerosas no que se refere à posse de informações correctas sobre a prevenção e a transmissão da sida (70 %).

Quadro 14.3.1 Conhecimento completo da sida: Mulheres

Percentagem de mulheres de 15-49 anos que declararam que é possível que uma pessoa com uma aparência saudável esteja infectada pelo virus da sida e que em resposta a determinadas perguntas, rejeitam de forma correcta as crenças erradas mais comuns em relação à transmissão ou à prevenção do virus da sida e percentagem que possui um conhecimento considerado como "completo" da sida, por algumas características sociodemográficas, IDS São Tome e Principe 2008-2009

	Percentagem de mulheres que declarou que:						
Características sociodemográficas	É possível que uma pessoa com uma aparência saudável esteja infectada	Sida não pode ser transmitida através de picada de mosquitos	Sida não se contrair através de feiticeria ou por meios sobrenaturais	Sida não se contrai comendo no mesmo prato com uma pessoa com sida	Percentagem que sabe que uma pessoa com uma aparência saudável, pode estar infectada e que rejeita as duas crenças erradas mais comuns[1]	Percentagem que possui um conhecimento "completo" da sida[2]	Efectivo de mulheres
Grupo etário							
15-24	75,2	79,7	84,1	84,2	57,7	42,6	1 014
15-19	72,0	79,2	82,7	84,1	55,2	39,0	555
20-24	79,1	80,3	85,9	84,4	60,7	47,0	459
25-29	86,5	81,3	84,1	87,7	65,5	50,2	452
30-39	82,9	79,9	86,0	84,1	63,9	52,1	655
40-49	82,4	73,1	81,0	80,9	56,7	43,5	493
Estado civil							
Solteiro	76,0	81,2	85,0	87,5	60,7	43,3	605
Já iniciou relações sexuais	78,6	83,9	90,5	91,2	66,8	46,3	257
Nunca teve relações sexuais	74,1	79,2	81,0	84,7	56,1	41,2	348
Casada/em união	81,5	77,3	83,8	83,2	59,6	47,4	1 718
Div./separado/viúvo	83,5	82,7	83,2	83,0	64,4	47,3	291
Meio de residência							
Urbano	81,0	81,8	86,9	86,3	64,7	50,2	1 433
Rural	79,7	75,1	80,5	81,6	55,3	42,0	1 182
Região							
Regiao Centro	82,8	78,8	87,1	86,7	63,4	47,4	1 670
Regiao Sul	70,5	86,0	75,9	83,2	59,0	54,2	324
Regiao Norte	75,9	70,6	77,9	74,0	45,7	32,8	502
Regiao do Principe	93,6	93,1	88,8	94,0	83,5	69,9	119
Nível de instrução							
Nenhum	65,1	71,6	72,1	75,9	44,7	38,1	155
Primário	77,6	73,9	80,9	79,5	53,5	39,4	1 516
Secundário ou mais	87,4	87,8	91,0	92,9	74,1	59,2	944
Quintil de bem-estar económico							
O mais pobre	73,0	72,5	76,1	77,5	49,5	37,4	462
Segundo	75,2	72,8	80,7	75,7	49,4	38,8	516
Médio	78,9	75,6	82,9	83,8	54,8	41,8	475
Quarto	84,4	84,5	87,4	89,5	69,3	50,9	557
O mais rico	88,1	86,0	90,7	91,8	74,4	59,5	605
Total 15-49	80,4	78,8	84,0	84,2	60,4	46,5	2 615

[1] As duas crenças erradas mais frequentemente citadas são a transmissão do VIH por picada de mosquitos e pelo facto de comer no mesmo prato com uma pessoa com sida.
[2] São consideradas como tendo um conhecimento "completo", as mulheres que sabem que o uso regular do preservativo e a limitação das relações sexuais a um unico parceiro fiel e não infectado reduzem os riscos de contrair o virus da sida, as que sabem que uma é possível que uma pessoa com uma aparência saudável esteja infectada e as que rejeitam as duas crenças erradas mais comuns em relação à transmissão ou à prevenção da sida.

Quadro 14.3.2 Conhecimento completo da sida: Homens

Percentagem de homens de 15-49 anos que declararam que é possível que uma pessoa com uma aparência saudável esteja infectada pelo virus da sida e que em resposta a determinadas perguntas, rejeitam de forma correcta as crenças erradas mais comuns em relação à transmissão ou à prevenção do virus da sida e percentagem que possui um conhecimento considerado como "completo" da sida, por algumas características sociodemográficas, IDS São Tome e Principe 2008-2009

	Percentagem de homens que declarou que:						
Características sociodemográficas	É possível que uma pessoa com uma aparência saudável esteja infectada	Sida não pode ser transmitida através de picada de mosquitos	Sida não se contrair através de feiticeria ou por meios sobrenaturais	Sida não se contrai comendo no mesmo prato com uma pessoa com sida	Percentagem que sabe que uma pessoa com uma aparência saudável, pode estar infectada e que rejeita as duas crenças erradas mais comuns[1]	Percentagem que possui um conhecimento "completo" da sida[2]	Efectivo de homens
Groupo etário							
15-24	76,6	85,6	84,3	89,8	63,0	43,4	917
15-19	76,1	86,8	83,5	87,5	62,0	39,0	566
20-24	77,5	83,7	85,7	93,5	64,5	50,4	351
25-29	82,6	82,4	86,5	90,0	65,2	52,7	293
30-39	81,1	78,3	87,1	85,2	58,5	47,8	528
40-49	80,0	80,5	90,0	86,0	61,4	51,2	340
Estado civil							
Solteiro	76,8	85,2	83,7	89,1	62,4	44,1	936
Já iniciou relações sexuais	80,2	86,6	87,2	90,3	66,3	49,8	590
Nunca teve relações sexuais	71,0	82,7	77,8	87,2	55,8	34,4	345
Casada/em união	83,3	82,5	89,5	88,3	64,8	52,2	958
Div./separado/viúvo	69,5	68,6	82,2	81,1	44,0	35,6	184
Meio de residência							
Urbano	77,5	86,8	90,2	88,8	63,9	49,8	1 010
Rural	80,7	78,4	82,5	87,3	59,9	44,5	1 068
Região							
Regiao Centro	85,2	84,8	91,7	90,3	69,5	53,4	1 190
Regiao Sul	48,7	83,8	77,9	87,0	33,6	25,6	284
Regiao Norte	79,1	74,6	77,6	82,0	55,6	39,9	498
Regiao do Principe	93,1	89,6	87,7	93,6	81,5	67,4	107
Nível de instrução							
Nenhum	(45,9)	(56,2)	(52,6)	(63,4)	(18,7)	(14,2)	25
Primário	75,2	75,7	83,9	84,7	51,6	37,6	1 148
Secundário ou mais	85,1	91,8	90,2	92,9	76,0	60,1	905
Quintil de bem-estar económico							
O mais pobre	75,2	72,2	81,9	81,0	49,8	33,2	390
Segundo	74,5	75,9	82,7	84,0	52,1	39,4	408
Médio	76,9	83,3	87,5	86,3	59,3	46,1	417
Quarto	81,2	86,9	85,3	93,9	68,8	50,7	413
O mais rico	87,0	92,5	93,0	93,9	77,2	63,6	451
Total 15-49	79,2	82,5	86,3	88,0	61,9	47,1	2 078
Homens 50-59	83,7	78,5	85,6	85,3	64,2	52,9	218
Total dos homens 15-59	79,6	82,1	86,2	87,8	62,1	47,6	2 296

[1] As duas crenças erradas mais frequentemente citadas são a transmissão do VIH por picada de mosquitos e pelo facto de comer no mesmo prato com uma pessoa com sida.
[2] São considerados como tendo um conhecimento "completo", os homens que sabem que o uso regular do preservativo e a limitação das relações sexuais a um unico parceiro fiel e não infectado reduzem os riscos de contrair o virus da sida, os que sabem que uma é possível que uma pessoa com uma aparência saudável esteja infectada e os que rejeitam as duas crenças erradas mais comuns em relação à transmissão ou à prevenção da sida.
( ) Casos de efectivos não ponderados entre 25 e 49.

O quadro 14.3.2. apresenta as mesmas informações para os homens, e mostra que numa proporção muito próxima das mulheres, os homens sabem que uma pessoa aparentando boa saúde pode contudo ter contraído o vírus da sida (79% nos homens e 80% das mulheres). Contudo, as proporções de homens que responderam de forma correcta às outras propostas, são um pouco mais elevadas do que nas mulheres. Por exemplo, 83% dos homens, e 79% das mulheres sabem que a sida não pode ser transmitida por mosquitos e 86% deles e 84% delas sabem que não se pode contrair o vírus da sida através de meios sobrenaturais. Globalmente, 62% dos homens e 60% das mulheres sabem que uma pessoa aparentando boa saúde pode ser portadora do vírus da sida e rejeitam as duas crenças erradas locais mais comuns (transmissão através dos mosquitos e partilhando as refeições com um doente de sida). De uma maneira geral, numa proporção similar àquela que se constatou nas mulheres (47%), os homens têm um conhecimento da sida considerado “completo”. Ainda, nota-se que as variações de acordo com as características sociodemográficas são muito próximas dos valores observados nas mulheres. Com efeito, as proporções de homens que dispõem de informações consideradas correctas sobre a prevenção e a transmissão da sida são mais elevadas no meio urbano (50%) do que no meio rural (45%), na região do Príncipe (67%, o que contrasta com o valor mínimo de 26% registado na região Sul), entre os homens possuindo pelo menos o nível do ensino secundário (60 %, o que contrasta com os 38 % entre os homens possuindo o nível da instrução primária), assim como entre os homens vivendo num agregado do quintil mais rico (64%, a contrastar com os 33% registado nos agregados mais pobres). A semelhança do que foi observado entre as mulheres, constata-se que a proporção de homens que possuem as informações correctas sobre a transmissão e a prevenção do VIH é mais elevada entre os casados e os que vivem em união (52%) e que do lado oposto, é entre os solteiros que nunca tiveram relações sexuais, que se regista a proporção mais baixa (34%). Contudo, comparando com as mulheres, a proporção de homens em situação de ruptura de união (divorciados, separados e viúvos) e que têm um conhecimento completo é mais baixa (36% contra 47% registados nas mulheres). Os resultados por regiões mostram que é a região Sul que dispõe da proporção mais baixa de homens possuindo um conhecimento “completo” da sida (26%).

14.1.3 Conhecimento da prevenção da transmissão do VIH, da mãe para o filho.

Durante o inquérito, perguntou-se a todos os inquiridos se sabiam que o vírus da sida pode ser transmitido da mãe para o seu filho, através do aleitamento. Perguntou-se-lhes também se sabiam que o risco da transmissão materna do VIH pode ser reduzido pela ingestão de medicamentos especiais pela mão, durante a gravidez. Os resultados figuram no quadro 14.4.

Uma proporção mais elevada de homens (65%) que de mulheres (59%) sabe que o vírus da sida pode ser transmitido da mãe para o filho durante o aleitamento. Também, e na mesma proporção (57%), as mulheres e os homens sabem que o risco de transmissão materno-fetal pode ser reduzido pela ingestão de medicamentos pela mãe, durante a gravidez. A proporção das mulheres que sabem ao mesmo tempo a possibilidade de transmissão do VIH através do aleitamento materno e a existência de medicamentos que podem reduzir os riscos de transmissão materna durante a gravidez, é mais elevada do que o valor registado entre os homens (45% contra 40%).

Quadro 14.4 Conhecimento da prevenção da transmissão do VIH da mãe para filho

Percentagem de mulheres e homens que sabem que o VIH pode ser transmitido da mãe para o filho durante o aleitamento e que o risco de transmissão vertical do VIH pode ser reduzido por ingestão de medicamentos especiais pela mãe durante a gravidez, por algumas caracteristicas sociodemográficas, IDS São Tome e Principe 2008-2009

Características sociodemográficas	Mulheres				Homens			
	O VIH pode ser transmitido durante o aleitamento	O risco de transmissão vertical do VIH pode ser reduzido por ingestão de medicamentos especiais pela mãe durante a gravidez	O VIH pode ser transmitido durante o aleitamento e o risco de transmissão vertical pode ser reduzido por ingestão de medicamentos especiais pela mãe durante a gravidez	Efectivo de mulheres	O VIH pode ser transmitido durante o aleitamento	O risco de transmissão vertical do VIH pode ser reduzido por ingestão de medicamentos especiais pela mãe durante a gravidez	O VIH pode ser transmitido durante o aleitamento e o risco de transmissão vertical pode ser reduzido por ingestão de medicamentos especiais pela mãe durante a gravidez	Efectivo de homens
Groupo etário								
15-24	63,3	57,8	44,9	1 014	55,1	51,3	35,0	917
15-19	59,3	55,9	43,4	555	52,1	46,8	30,2	566
20-24	68,0	60,0	46,6	459	60,0	58,4	42,7	351
25-29	70,7	61,5	50,9	452	64,8	63,4	47,0	293
30-39	65,6	58,5	44,7	655	58,9	60,0	42,1	528
40-49	61,3	49,5	40,1	493	63,6	61,1	45,5	340
Estado civil								
Solteiro	63,5	62,7	49,4	605	56,8	53,6	37,3	936
Já iniciou relações sexuais	70,5	69,9	56,5	257	61,2	61,0	42,2	590
Nunca teve relações sexuais	58,3	57,4	44,1	348	49,4	41,0	29,0	345
Casada/em união	64,8	55,3	43,5	1 718	60,7	61,8	43,4	958
Div./separado/viúvo	67,1	55,4	44,1	291	59,4	47,2	38,6	184
Actualmente grávida								
Grávida	62,3	53,5	44,2	221	na	na	na	na
Não grávida/não sabe	65,0	57,4	45,0	2 394	na	na	na	na
Meio de residência								
Urbano	69,3	66,3	54,8	1 433	61,9	67,6	51,6	1 010
Rural	59,3	45,8	33,0	1 182	56,0	46,6	29,4	1 068
Região								
Regiao Centro	70,4	65,5	54,6	1 670	65,1	66,1	50,9	1 190
Regiao Sul	45,6	40,9	23,1	324	25,4	51,6	18,3	284
Regiao Norte	56,3	34,3	24,3	502	61,8	35,2	26,3	498
Regiao do Principe	73,3	77,6	55,6	119	64,2	67,8	44,7	107
Nível de instrução								
Nenhum	54,4	40,5	32,9	155	35,8	25,8	15,3	25
Primário	59,9	49,9	38,1	1 516	53,0	47,8	31,5	1 148
Secundário ou mais	74,3	71,2	57,9	944	66,9	69,1	52,0	905
Quintil de bem-estar económico								
O mais pobre	54,2	42,1	31,3	462	53,6	46,6	31,1	390
Segundo	60,5	48,3	36,0	516	55,9	50,5	35,3	408
Médio	63,8	53,2	42,9	475	54,0	54,9	36,7	417
Quarto	70,2	66,2	52,6	557	59,4	58,3	41,3	413
O mais rico	72,2	70,5	57,5	605	70,0	71,7	54,9	451
Total 15-49	64,8	57,0	44,9	2 615	58,9	56,8	40,2	2 078
Homens 50-59	na	na	na	na	59,3	64,5	48,6	218
Total dos homens 15-59	na	na	na	na	58,9	57,5	41,0	2 296

na = Não se aplica

Os resultados mostram que o conhecimento da transmissão do vírus durante o aleitamento e da existência de medicamentos que podem reduzir o risco de transmissão vertical é sobretudo influenciado, tanto nos homens como nas mulheres, pelo nível de instrução, e pela situação económica do agregado e pelo meio de residência. Além disso, constata-se a existência de diferentes importantes entre as regiões; seja entre os homens, seja entre as mulheres, é na região Centro (respectivamente, 55% e 51%) e do Príncipe (respectivamente, 56% e 45%) que as proporções de mulheres e de homens que conhecem estes dois aspectos da transmissão vertical são mais elevadas. Em situação oposta fica a região Sul, que se caracteriza por possuir as proporções mais baixas (respectivamente, 23% e 18%).

14.2 ESTIGMATIZAÇÃO DAS PESSOAS VIVENDO COM O VIH

O comportamento que as pessoas adoptariam em situações diferentes relativamente às pessoas vivendo com o VIH/sida é revelador, entre outras coisas, do nível de percepção do risco de transmissão que pode traduzir-se, na vida corrente, por uma estigmatização das pessoas doentes. Durante o IDS-STP, perguntou-se aos homens e às mulheres que tinham ouvido falar da doença que atitudes adoptariam perante certas situações envolvendo pessoas vivendo com o VIH/sida. A partir desses resultados, definiu-se um indicador compósito que avalia o nível global de tolerância em relação às pessoas vivendo com o VIH/sida. Mais precisamente, perguntou-se aos inquiridos se estariam disposta a cuidar em casa de um familiar infectado pelo VIH, se comprariam algum produto alimentar num(a) vendedor ou vendedeira infectado(a) pelo vírus da sida, se pensam que um(a) professor(a) infectado(a) com vírus da sida, mas que não parece doente, devia ser autorizado(a) a continuar a ensinar na escola, se pensam que não é necessário que ficasse em segredo caso um familiar estivesse infectado pelo VIH. Os resultados estão apresentados no quadro 14.5.1 para as mulheres e no quadro 14.5.2 para os homens.

O quadro 14.5.1 mostra que entre as mulheres de 15-49 anos, 77% declarou que estaria disposta a acolher em casa e a ocupar-se de um membro da família que tenha contraído o VIH. Contudo, apenas 60% compraria algum produto alimentar num(a) vendedor ou vendedeira infectado(a) pelo vírus da sida e em 74% dos casos, as mulheres declararam que um(a) professor(a) vivendo com o VIH e que não está doente deveria ser autorizado(a) a continuar a ensinar; por último, constata-se que para 34% das mulheres, não é necessário manter em segredo o estado de um membro da família vivendo com o VIH. Considerado de forma global, apenas 14 % das mulheres expressou a aceitação das quatro atitudes mencionadas.

Os resultados colocam em evidência variações importantes em função da região, do nível de instrução e da situação de bem-estar económico do agregado familiar. Com efeito, se 36 % das mulheres da região do Príncipe se mostrou tolerante nas quatro atitudes mencionadas. Esta proporção é de apenas 11% na região Centro e de 13% na região Sul. Em função do nível de instrução, a proporção varia de 9% entre as mulheres sem nenhuma instrução, a 13% entre as que detêm o nível do ensino primário e atinge o máximo registado de 17% entre aquelas que têm pelo menos o nível do ensino secundário. Nas famílias mais pobres, 9% das mulheres seriam tolerantes, o que contrasta com os 17% das mulheres das famílias enquadradas no quintil mais rico.

Quadro 14.5.1 Atitudes de tolerância em relação as pessoas portadoras do VIH/sida: Mulheres

Entre as mulheres de 15-49 anos que alguma vez ouviram falar da sida, percentagem que em determinadas situações, expressou atitudes de tolerência em relação às pessoas portadoras do VIH, por algumas caracteristicas sociodemográficas, IDS São Tome e Principe 2008-2009

Características sociodemográficas	Percentagem que: Estaria disposta a cuidar em casa de um familiar infectado pelo VIH	Compraria algum produto alimentar num(a) vendedor ou vendedeira infectado(a) pelo vírus da sida	Pensa que um(a) professor(a) infectado(a) com vírus da sida, mas que não parece doente, deve continuar a ensinar na escola	Pensa que não é necessário que ficasse em segredo caso um familiar estivesse infectado pelo VIH	Percentagem que expressa a aceitação das 4 atitudes	Efectivo de mulheres que ouviram falar da sida
Groupo etário						
15-24	78,4	61,5	76,1	30,2	13,8	1 009
15-19	76,5	59,1	73,8	30,0	12,6	550
20-24	80,7	64,5	78,9	30,4	15,3	459
25-29	82,0	64,8	80,9	32,3	16,0	450
30-39	73,7	58,1	71,8	35,9	13,3	653
40-49	72,6	54,8	65,4	38,9	12,5	487
Estado civil						
Solteiro	81,4	65,8	80,8	28,7	15,8	602
Já iniciou relações sexuais	87,3	71,4	85,7	29,8	19,5	257
Nunca teve relações sexuais	77,0	61,6	77,1	27,8	13,1	345
Casada/em união	75,5	58,2	72,4	34,9	12,8	1 707
Div./separado/viúvo	74,2	58,2	68,4	36,0	15,4	289
Meio de residência						
Urbano	78,4	63,5	74,9	29,7	12,5	1 422
Rural	74,7	55,7	72,6	38,4	15,4	1 176
Região						
Regiao Centro	77,1	60,8	75,1	27,1	11,1	1 663
Regiao Sul	70,3	60,5	72,3	36,7	12,7	319
Regiao Norte	78,8	54,0	67,3	47,2	18,1	497
Regiao do Principe	81,0	72,5	88,4	59,5	36,3	119
Nível de instrução						
Nenhum	69,7	40,1	53,9	37,1	9,3	151
Primário	71,1	54,5	68,5	37,1	12,5	1 505
Secundário ou mais	86,9	71,9	85,6	27,4	16,6	943
Quintil de bem-estar económico						
O mais pobre	69,2	45,5	60,9	33,6	8,7	455
Segundo	70,4	53,2	65,9	36,0	12,9	510
Médio	72,2	58,4	75,2	40,1	14,7	473
Quarto	80,7	63,1	79,5	32,8	14,7	556
O mais rico	87,7	75,0	84,1	27,3	16,9	604
Total 15-49	76,7	60,0	73,9	33,6	13,8	2 599

O quadro 14.5.2 apresenta as mesmas informações no que se refere aos homens. Globalmente, não há uma diferença importante em relação ao que se verifica com as mulheres. Com efeito, independentemente da situação, a proporção de homens tolerantes é ligeiramente mais elevada do que a proporção das mulheres tolerantes. Tomando os dados de forma global, 15% dos homens dos 15-49 anos e 14% das mulheres expressaram a aceitação das quatro atitudes de tolerância mencionadas. Além disso, a semelhança das mulheres, mas com diferenças mais importantes, as proporções dos homens tolerantes são mais elevadas na região do Príncipe (38%) do que nas outras (9 % na região Sul), entre os mais instruídos (19%, sendo de 3% entre aqueles que não têm instrução) e entre os homens pertencentes aos agregados mais ricos (19%, sendo 10% nos mais pobres).

Quadro 14.5.2 Atitudes de tolerância em relação as pessoas portadoras do VIH/sida: Homens

Entre os homens de 15-49 anos que alguma vez ouviram falar da sida, percentagem que em determinadas situações, expressou atitudes de tolerência em relação às pessoas portadoras do VIH, por algumas caracteristicas sociodemográficas, IDS São Tome e Principe 2008-2009

	Percentagem que:					
Características sociodemográficas	Estaria disposta a cuidar em casa de um familiar infectado pelo VIH	Compraria algum produto alimentar num(a) vendedor ou vendedeira infectado(a) pelo vírus da sida	Pensa que um(a) professor(a) infectado(a) com vírus da sida, mas que não parece doente, deve continuar a ensinar na escola	Pensa que não é necessário que ficasse em segredo caso um familiar estivesse infectado pelo VIH	Percentagem que expressa a aceitação das 4 atitudes	Efectivo de homens que ouviram falar da sida
Grupo etário						
15-24	84,8	61,5	78,0	36,6	14,0	916
15-19	84,7	60,2	75,5	38,9	14,7	565
20-24	85,0	63,5	82,0	32,9	12,8	351
25-29	75,8	63,0	81,9	38,5	14,0	293
30-39	79,6	62,4	74,6	36,3	14,6	527
40-49	87,3	68,0	77,5	41,3	18,9	338
Estado civil						
Solteiro	83,9	62,2	77,8	36,8	14,0	933
Já iniciou relações sexuais	86,0	63,6	80,9	37,4	14,3	590
Nunca teve relações sexuais	80,2	59,9	72,4	35,9	13,6	343
Casada/em união	82,8	65,7	78,1	37,0	16,3	957
Div./separado/viúvo	75,4	52,8	74,6	43,7	12,5	184
Meio de residência						
Urbano	85,4	66,6	79,9	35,7	15,0	1 007
Rural	80,0	59,6	75,4	39,3	14,9	1 067
Região						
Regiao Centro	84,0	62,4	79,0	32,4	13,2	1 186
Regiao Sul	73,3	63,6	76,1	29,3	8,9	283
Regiao Norte	83,7	62,5	74,4	49,4	17,5	498
Regiao do Principe	87,0	70,8	81,9	60,4	38,3	107
Nível de instrução						
Nenhum	37,3	21,0	60,2	22,9	2,7	23
Primário	78,5	54,7	70,2	39,9	11,7	1 148
Secundário ou mais	89,1	74,6	87,5	34,9	19,4	903
Quintil de bem-estar económico						
O mais pobre	70,2	46,0	64,9	40,9	10,0	389
Segundo	82,9	58,9	73,1	40,6	17,7	405
Médio	82,8	68,9	77,0	36,5	10,9	417
Quarto	82,7	66,5	79,5	40,6	17,0	413
O mais rico	92,9	72,8	91,6	30,0	18,6	450
Total 15-49	82,6	63,0	77,6	37,5	14,9	2 074
Homens 50-59	75,2	65,2	73,0	46,2	19,3	217
Total dos homens 15-59	81,9	63,2	77,2	38,4	15,3	2 291

14.3 OPINIÕES SOBRE A PREVENÇÃO DAS IST E DO VIH

14.3.1 Negociação de relação sexual segura com o cônjuge

A promoção de comportamentos sexuais sem risco faz parte das medidas destinadas a controlar a epidemia. Além disso, sendo as mulheres mais vulneráveis ao VIH do que os homens, é importante saber se elas estão em condições de recusar relações sexuais de risco com os seus maridos/parceiros. Durante o inquérito perguntou-se às mulheres e aos homens, se achavam que num casal onde o marido/parceiro tinha uma IST, a mulher podia, ou recusar de ter relações sexuais com ele, ou pedir-lhe que usasse um preservativo. Os resultados estão apresentados para as mulheres e para os homens no quadro 14.6.

Quadro 14.6 Opinião sobre a negociação de uma relação sexual segura com o marido/companheiro

Percentagem de mulheres e homens de 15-49 anos que acham que se o marido/companheiro tem uma IST, sua esposa pode recusar ter relações sexuais ou propõe-lhe o uso de preservativo, por algumas caracteristicas sociodemográficas, IDS São Tome e Principe 2008-2009

	Mulheres				Homens			
Características sociodemográficas	Recusar relações sexuais	Propõe-lhe o uso de preservativo	Recusar relações sexuais ou propor o uso de preservativo	Efectivo de mulheres	Recusar relações sexuais	Propõe-lhe o uso de preservativo	Recusar relações sexuais ou propor o uso de preservativo	Efectivo de homens
Grupo etário								
15-24	64,2	85,5	89,6	1 014	64,5	85,8	88,7	917
15-19	60,0	82,8	86,1	555	58,9	84,5	87,1	566
20-24	69,2	88,7	93,7	459	73,5	88,0	91,2	351
25-29	76,9	91,9	95,4	452	77,9	90,5	93,9	293
30-39	79,8	87,7	93,5	655	77,9	87,2	91,3	528
40-49	77,2	85,2	91,6	493	87,4	89,4	94,4	340
Estado civil								
Solteiro	61,3	84,0	87,4	605	63,9	85,9	88,8	936
Já iniciou relações sexuais	66,1	88,2	92,6	257	68,8	89,8	92,7	590
Nunca teve relações sexuais	57,7	80,9	83,6	348	55,6	79,3	82,1	345
Casada/em união	75,8	87,4	92,9	1 718	81,6	89,0	93,3	958
Div./separado/viúvo	78,5	91,5	95,7	291	79,9	87,1	90,7	184
Meio de residência								
Urbano	76,6	88,0	92,7	1 433	73,2	85,6	89,1	1 010
Rural	68,1	86,0	91,0	1 182	73,8	89,1	92,9	1 068
Região								
Regiao Centro	70,2	90,8	94,4	1 670	70,0	88,9	92,1	1 190
Regiao Sul	80,7	75,5	84,5	324	77,4	81,7	84,2	284
Regiao Norte	76,7	83,9	90,1	502	78,0	87,5	92,3	498
Regiao do Principe	70,4	79,6	85,0	119	80,7	85,3	91,0	107
Nível de instrução								
Nenhum	65,1	68,7	80,3	155	(55,6)	(66,6)	(70,2)	25
Primário	72,5	86,4	91,5	1 516	74,4	85,6	89,8	1 148
Secundário ou mais	74,4	91,2	94,5	944	72,9	90,3	93,1	905
Total 15-49	72,7	87,1	91,9	2 615	73,5	87,4	91,0	2 078
Homens 50-59	na	na	na	na	84,2	88,7	93,5	218
Total dos homens 15-59	na	na	na	na	74,5	87,6	91,3	2 296

na = Não se aplica
( ) Caso de efectivos não ponderados entre 25 e 49.

Em cerca de três quartos dos casos, as mulheres (73%) e os homens (74%) consideram que é normal que a mulher recuse ter relações sexuais com marido/parceiro, quando ele tem uma IST; além disso, 87% das mulheres e a mesma proporção de homens consideram que é normal que a mulher lhe proponha o uso de um preservativo, quando o marido/parceiro tem uma IST. Globalmente, uma proporção igualmente elevada de mulheres (92%) e de homens (91%) pensam que se justifica nesta situação que a mulher procure proteger-se, utilizando estes dois comportamentos seguros. Esta proporção é também elevada em quase todos os sub-grupos, seja entre as mulheres, seja entre os homens. Contudo, assinale-se que entre os jovens de 15-19 anos, os solteiros e sobretudo as mulheres sem instrução, esta opinião é um pouco menos generalizada. Nota-se particularmente, que apenas 60% das jovens de 15-19 anos e 65% das mulheres sem instrução acham que nos casos em que o marido/parceiro tem uma IST, a mulher pode recusar ter relações sexuais com ele.

14.3.2 Ensinar a utilização do preservativo aos jovens de 12-14 anos

O quadro 14.7 apresenta as proporções de mulheres e de homens de 18-49 anos que acham que se deveria ensinar a utilização do preservativo aos jovens de 12-14 anos, como meio de prevenção do VIH.

Globalmente, os resultados mostram que os homens (76%) são proporcionalmente mais favoráveis do que as mulheres (71%) ao ensino da utilização do preservativo aos jovens de 12-14 anos. Entre as mulheres, os resultados mostram que esta medida encontra uma fraca adesão na faixa dos 40-49 anos (64%), nas mulheres casadas/que vivem em união (69%), nas do meio rural (66%), nas das regiões do Sul (59%) e Norte (66 %), nas mulheres sem instrução (52%) e nas que pertencem às famílias mais pobres (62%). Nos homens, nota-se de forma global, que as proporções daqueles que são favoráveis a esta medida de prevenção diminuem ligeiramente com a idade. Além disso, como para as mulheres, é no meio rural (72%), nas regiões do Sul (64%) e do Norte (73%) e entre os pertencentes ao agregados mais pobres (71%) que se registam as proporções mais baixas daqueles que acham que se deveria, a título preventivo, ensinar a utilização do preservativo aos jovens de 12-14 anos.

Quadro 14.7 Adultos favoráveis ao ensino do uso do preservativo às crianças de 12-14 anos como meio de prevenção da transmissão da sida

Percentagem de mulheres e homens de 18-49 anos que pensam que se deve ensinar a utilização do preservativo às crianças de 12-14 anos como meio de prevenção da transmissão do virus da sida, por algumas caracteristicas sociodemográficas, IDS São Tome e Principe 2008-2009

Características sociodemográficas	Mulheres		Homens	
	Percentagem que concorda	Efectivo	Percentagem que concorda	Efectivo
Grupo etário				
18-24	75,8	689	79,5	566
18-19	74,5	230	76,7	216
20-24	76,5	459	81,3	351
25-29	70,6	452	74,2	293
30-39	70,8	655	74,3	528
40-49	64,2	493	73,9	340
Estado civil				
Solteiro	77,2	324	76,8	586
Casado/ em união	69,2	1 678	76,4	957
Div./separado/viúvo	72,9	289	70,1	184
Meio de residência				
Urbano	74,7	1 243	80,0	841
Rural	66,3	1 048	72,0	887
Região				
Regiao Centro	73,0	1 456	78,4	955
Regiao Sul	58,7	287	63,7	246
Regiao Norte	66,1	444	73,4	434
Regiao do Principe	93,6	103	94,3	93
Nível de instrução				
Nenhum	51,5	150	(39,0)	25
Primário	68,3	1 376	74,6	999
Secundário ou mais	79,2	764	79,0	704
Quintil de bem-estar económico				
O mais pobre	62,2	401	71,4	347
Segundo	63,9	461	70,7	362
Médio	68,5	421	73,8	339
Quarto	77,1	476	81,4	329
O mais rico	79,5	531	82,5	351
Total 18-49	70,8	2 290	75,9	1 727
Homens de 50-59	na	na	66,6	218
Total de homens 18-59	na	na	74,9	1 946

na = Não se aplica
( ) Caso de efectivos não ponderados entre 25 e 49.

14.4 RELAÇÕES SEXUAIS DE ALTO RISCO E USO DO PRESERVATIVO

Admite-se que a inflexão da epidemia de sida passa necessariamente pela mudança de comportamento sexual dos homens e das mulheres, visto que a transmissão do vírus da sida se faz essencialmente pela via sexual. A fim de avaliar a exposição ao risco de contrair o vírus da sida, foram colocadas durante o IDS-STP, perguntas sobre o número de parceiros sexuais durante os doze meses que precederam o inquérito e o uso do preservativo durante as últimas relações sexuais. Os resultados das respostas a estas questões estão apresentados no quadro 14.8.1 para as mulheres e no quadro 14.8.2 para os homens.

Constata-se que apenas 2% das mulheres de 15-49 anos tiveram pelo menos 2 parceiros durante os 12 últimos meses. Não se notam variações significativas segundo as as diferentes características sociodemográficas. Entre essas mulheres, 28% declararam que usaram o preservativo durante as últimas relações sexuais.

O quadro 14.8.1 apresenta igualmente o número médio de parceiros sexuais durante a vida. Estima-se este número em 2,0 parceiros. Como se esperava, este número médio aumenta com a idade, passando de 1,4 aos 15-19 anos, para 2,5 aos 40-49 anos. Da mesma forma, as mulheres em ruptura de união, têm em média mais parceiros durante a sua existência (2,6) do que as mulheres vivendo em união (1,9) e as solteiras (1,6). Constata-se igualmente que o número médio de parceiros durante uma vida é mais elevado entre as mulheres sem instrução do que entre as que são instruídas, particularmente aquelas que têm pelo menos o nível do secundário (2,1 e 1,8). Nas regiões, este número médio varia de um mínimo de 1,7 na região Sul a um máximo de 2,1 na região Centro. Finalmente, nota-se na globalidade que entre as mulheres, o número médio de parceiros sexuais durante a vida diminui com a melhoria da situação económica do agregado familiar, passando de 2,2 entre as mulheres das famílias mais pobres para 1,8 entre as mais ricas.

Os resultados apresentados no quadro 14.8.2 mostram que a proporção de homens de 15-49 anos (18%) que declararam terem tido pelo menos 2 parceiras sexuais durante os últimos 12 meses é muito mais elevada que nas mulheres (2 %). Entre os homens de 30-39 anos, esta proporção atinge 24% e entre os de 50-59 anos, a proporção é de 20%. Os resultados segundo o estado matrimonial mostram que é entre os casados e os que vivem em união e não em situação de ruptura de união, como se constatou para as mulheres, que a multiplicidade de parceiros foi a mais frequente (24%, sendo 14% verificado entre os homens em ruptura de união (separados, divorciados e viúvos) e 12% entre os solteiros). Não se verifica variações em função do meio de residência (18%, tanto no meio urbano como no meio rural), nem diferenças importantes em função do nível de instrução. Contudo, os resultados de acordo com o nível de riqueza do agregado mostram que a proporção de homens que tiveram pelo menos duas parceiras durante os últimos 12 meses é mais fraca entre os homens do quintil mais pobre, do que entre os outros (13%, contra 17% no quintil médio e 23% no mais rico). Por último, notam-se variações importantes entre as regiões, tendo a proporção de homens que tiveram várias parceiras, oscilado entre 12% nas regiões Sul e do Príncipe e 21% na região Norte.

Quadro 14.8.1 Parceiros sexuais múltiplos e uso do preservativo nos 12 últimos meses: Mulheres

Percentagem de mulheres de 15-49 anos que tiveram relações sexuais com mais de um parceiro nos últimos 12 meses; entre as mulheres que tiveram mais de um parceiro nos últimos 12 meses, percentagem que usou um preservativo nas últimas relações sexuais e entre as mulheres que alguma vez tiveram relações sexuais, número médio de parceiros sexuais durante a vida, por algumas caracteristicas sociodemográficas, IDS São Tome e Principe 2008-2009

	Todas as mulheres de 15-49 ans:		Mulheres que tiveram 2 parceiros sexuais ou mais nos últimos 12 meses:		Mulheres que alguma vez tiveram relações sexuais	
Características sociodemográficas	Percentagem que teve 2 parceiros sexuais ou mais nos últimos 12 meses	Efectivo	Percentagem que declarou usar um preservativo nas últimas relações sexuais	Efectivo	Número médio de parceiros sexuais durante a vida	Efectivo[1]
Grupo etário						
15-24	1,6	1 014	*	16	1,6	660
15-19	1,2	555	*	7	1,4	251
20-24	2,1	459	*	9	1,7	409
25-29	1,2	452	*	3	1,9	427
30-39	0,9	655	*	3	2,1	628
40-49	2,4	493	*	5	2,5	458
Estado civil						
Solteiro	1,3	605	*	7	1,6	248
Casado/ em união	1,4	1 718	*	13	1,9	1 649
Div./ separado/viúvo	2,5	291	*	6	2,6	276
Meio de residência						
Urbano	1,6	1 433	*	10	2,0	1 177
Rural	1,5	1 182	*	16	1,9	995
Região						
Regiao Centro	1,4	1 670	*	14	2,1	1 386
Regiao Sul	1,6	324	*	4	1,7	263
Regiao Norte	2,0	502	*	7	1,9	423
Regiao do Principe	0,7	119	*	1	2,0	100
Nível de instrução						
Nenhum	1,6	155	*	1	2,1	141
Primário	1,7	1 516	*	18	2,0	1 335
Secundário ou mais	1,2	944	*	7	1,8	696
Quintil de bem-estar económico						
O mais pobre	2,3	462	*	7	2,2	395
Segundo	2,0	516	*	8	2,0	445
Médio	1,1	475	*	2	2,0	398
Quarto	1,0	557	*	3	1,9	447
O mais rico	1,3	605	*	6	1,8	488
Ensemble 15-49	1,5	2 615	(28,1)	26	2,0	2 172

[1] Não inclui as mulheres que declararam uma resposta não numérica.
( ) Casos de efectivos não ponderados entre 25 e 49.
* Casos de efectivos não ponderados inferiores a 25.

Quadro 14.8.2 Parceiros sexuais múltiplos e uso do preservativo nos 12 últimos meses: Homens

Percentagem de homens de 15-49 anos que tiveram relações sexuais com mais de um parceiro nos últimos 12 meses; entre os homens que tiveram mais de um parceiro nos últimos 12 meses, percentagem que usou um preservativo nas ultimas relações sexuais e entre os homens que alguma vez tiveram relações sexuais, número médio de parceiros sexuais durante a vida, por algumas caracteristicas sociodemográficas, IDS São Tome e Principe 2008-2009

Características sociodemográficas	Todos os homens de 15-49 anos: Percentagem que teve 2 parceiros sexuais ou mais nos últimos 12 meses	Efectivo	Homens que tiveram 2 parceiros sexuais ou mais nos últimos 12 meses: Percentagem que declarou usar um preservativo nas últimas relações sexuais	Efectivo	Homens que alguma vez tiveram relações sexuais: Número médio de parceiros sexuais durante a vida	Efectivo[1]
Grupo etário						
15-24	12,2	917	59,1	106	3,1	485
15-19	7,1	566	(62,3)	38	2,4	235
20-24	20,4	351	57,3	67	3,7	249
25-29	17,9	293	35,3	51	6,5	219
30-39	24,4	528	19,9	117	8,2	362
40-49	21,0	340	13,3	70	8,8	216
Estado civil						
Solteiro	11,9	936	69,9	103	3,4	481
Casado/ em união	23,9	958	14,4	215	7,5	677
Div./ separado/viúvo	13,8	184	39,1	25	9,0	123
Meio de residência						
Urbano	17,6	1 010	31,0	169	5,1	592
Rural	17,6	1 068	34,7	175	7,0	690
Região						
Regiao Centro	17,8	1 190	32,6	195	6,3	724
Regiao Sul	11,9	284	45,7	32	4,4	119
Regiao Norte	21,4	498	29,6	104	6,1	363
Regiao do Principe	11,9	107	31,8	13	6,4	76
Nível de instrução						
Nenhum	(8,1)	25	*	2	*	10
Primário	17,3	1 148	28,5	185	6,6	761
Secundário ou mais	18,2	905	37,5	157	5,4	512
Quintil de bem-estar económico						
O mais pobre	13,4	390	(34,3)	43	6,8	276
Segundo	16,4	408	30,1	65	5,8	263
Médio	17,4	417	35,3	69	5,1	242
Quarto	16,5	413	29,2	67	7,3	244
O mais rico	23,4	451	34,9	101	5,4	257
Total15-49	17,6	2 078	32,9	344	6,1	1 282
Homens 50-59	19,7	218	12,4	42	14,2	116
Total dos homens 15-59	17,8	2 296	30,7	386	6,8	1 398

[1] Não inclui os homens que declararam uma resposta não numérica
( ) Casos de efectivos não ponderados entre 25 e 49.
* Casos de efectivos não ponderados inferiores a 25.

14.4.1 Relações sexuais pagas e uso do preservativo

As relações sexuais pagas são consideradas como sendo relações de alto risco, na medida em que estão associadas a um número elevado de parceiros. Durante o IDS-STP, pediu-se aos homens que informassem se durante os últimos 12 meses, tiveram relações sexuais com parceiras a quem pagaram. Perguntou-se-lhes também se durante as últimas relações sexuais pagas eles utilizaram um preservativo. Os resultados estão apresentados no quadro 14.9.

Quadro 14.9 Relações relações sexuais pagas e uso do preservativo na última relação sexual paga

Percentagem de homens de 15-49 anos que tiveram relações sexuais pagas nos 12 últimos meses, e entre eles, percentagem que usou um preservativo na última relação sexual paga, por algumas caracteristicas sociodemográficas, IDS São Tome e Principe 2008-2009

	Relações sexuais pagas nos 12 últimos meses		Uso do preservativo na última relação sexual paga	
Características sociodemográficas	Percentagem que teve relações sexuais pagas	Efectivo de homens	Percentagem que usou um preservativo	Efectivo de homens que tiveram relações sexuais pagas nos 12 últimos meses
Grupo etário				
15-24	1,5	917	*	14
15-19	1,1	566	*	6
20-24	2,1	351	*	7
25-29	3,2	293	*	9
30-39	2,8	528	*	15
40-49	3,1	340	*	11
Estado civil				
Solteiro	1,8	936	*	16
Casado/ em união	2,1	958	*	20
Div./separado/viúvo	6,6	184	*	12
Meio de residência				
Urbano	1,6	1 010	*	16
Rural	3,1	1 068	(76,4)	33
Região				
Regiao Centro	2,0	1 190	*	24
Regiao Sul	2,7	284	*	8
Regiao Norte	2,6	498	*	13
Regiao do Principe	4,0	107	*	4
Nível de instrução				
Nenhum	(0,0)	25	*	0
Primário	2,5	1 148	(81,4)	29
Secundário ou mais	2,2	905	*	20
Quintil de bem-estar económico				
O mais pobre	2,0	390	*	8
Segundo	2,1	408	*	8
Médio	4,1	417	*	17
Quarto	1,8	413	*	8
O mais rico	1,7	451	*	8
Total 15-49	2,3	2 078	(75,7)	49
Homens 50-59	4,8	218	*	11
Total dos homens 15-59	2,6	2 296	70,1	59

( ) Caso de efectivos não ponderados entre 25 e 49.
* Caso de efectivos não ponderados inferiores a 25.

Entre os homens de 15-49 anos, cerca de 2 % declararam terem tido durante os últimos 12 meses, relações sexuais pagas. É em função da idade e do estado civil que se nota as variações mais importantes. Com efeito, a prática de relações sexuais pagas tende a aumentar com a idade, sendo as proporções passando de 1 % nos jovens de 15-19 anos, para 3 % nos homens de 25-49 anos, atingindo-se o valor máximo de 5 % no grupo 50-59 anos. Além disso, entre os homens em ruptura de união, 7% tiveram relações sexuais pagas, o que difere dos 2% registados entre os casados/em união e os solteiros. Em função das regiões, nota-se também que é na região do Príncipe que a proporção de homens que declararam ter remunerado alguém em troca de relações sexuais é a mais elevada, registando-se o valor mais baixo na região Centro (4% contra 2%). Entre os homens de 15-59 anos, que declararam terem tido relações sexuais pagas (3%), 70% utilizaram o preservativo durante as suas últimas relações sexuais.

14.5 TESTE DO VIH

14.5.1 Teste do VIH para o conjunto dos inquiridos

O conhecimento da situação serológica em relação ao VIH pode contribuir para a contenção da epidemia, visto que permite às pessoas protegerem-se e protegerem os seus parceiros. Durante o IDS-STP, perguntou-se aos inquiridos se conheciam um local onde fazer o teste do VIH e se já alguma vez tinham feito um teste de despistagem do VIH; quando a resposta era afirmativa, pedia-se ao entrevistado se tinha recebido o resultado do seu teste.

De acordo com os resultados do quadro 14.10.1, constata-se que cerca de um terço das mulheres (34%) nunca fez um teste de despistagem do VIH, quando 87% das mesmas declararam conhecer um lugar onde efectuar um teste de VIH. Em 61 % dos casos, as mulheres efectuaram um teste e receberam os resultados; por outro lado, 5 % das mulheres efectuaram um teste, mas não conheceram os resultados.

A proporção de mulheres que conhecem um lugar onde fazer um teste varia grandemente em função das características sociodemográficas. Com efeito, se apenas 76% das jovens mulheres de 15-19 anos sabe onde ir para fazerem um teste de despistagem do VIH, esta proporção de 93% na faixa de 20-24 anos e 92% na faixa de 25-39 anos. Os resultados de acordo com o estado civil mostram que são as solteiras (79%), particularmente aquelas que nunca tiveram uma relação sexual (71%) que menos conhecem um lugar onde efectuar um teste de despistagem do VIH. Em contraposto, a quase totalidade das mulheres casadas/em união (90%) e 87% das mulheres em ruptura de união sabem onde se dirigir para conhecerem o seu estatuto serológico. Nas regiões, nota-se que a quase totalidade das mulheres da região do Príncipe (99,5%) sabem onde se dirigir para fazerem um teste do VIH, ao passo que, em média, a proporção é de 86% para as outras regiões. Também as variações entre os níveis de instrução e a situação económica do agregado são igualmente importantes: 91% das mulheres com pelo menos o nível do ensino secundário conhecem um local onde efectuar um teste de despistagem do VIH, sendo a percentagem de 61% entre as que não têm instrução. Além disso, esta proporção aumenta com o nível de bem-estar económico, variando de 76% nas famílias mais pobres para 93% nas mais ricas.

A penúltima coluna do quadro apresenta as proporções de mulheres que receberam os resultados do último teste do VIH efectuado durante os últimos 12 meses. Esta proporção é de 31%. No seu conjunto, as proporções de mulheres que conhecem o seu estatuto serológico recente apresentam as mesmas variações que aquelas que foram observadas relativamente ao conhecimento de um local onde se pode efectuar um teste de VIH. Com efeito, são as jovens de 15-19 anos (16%), as solteiras (18%), as que não têm instrução (23%) e as que vivem num agregado classificado no quintil mais pobre (26%) que menos receberam os resultados do último teste efectuado durante os últimos 12 meses. Pode-se igualmente, sublinhar que é na região do Príncipe que a proporção de mulheres que conhecem o seu estatuto serológico recente é a mais elevada (37%) e que, do lado oposto, encontram-se as regiões Sul e Norte que registam as proporções mais baixas (27% nos dois casos).

Quadro 14.10.1 População que fez o teste de despistagem do VIH: Mulheres

Percentagem de mulheres de 15-49 anos que sabem onde ir para efectuar o teste de despistagem do VIH; distribuição percentual das mulheres de 15-49 anos segundo que fizeram ou não o teste do VIH e segundo que receberam ou não o resultado do último teste; percentagem de mulheres que alguma vez fizeram um teste e percentagem de mulheres de 15-49 anos que recebeu o resultado do último teste efectuado nos últimos 12 meses, por algumas caracteristicas sociodemográficas, IDS São Tome e Principe 2008-2009

Características sociodemográficas	Percentagem que sabe onde ir para efectuar um teste de despistagem do VIH	Distribuição percentual das mulheres segundo que fizeram ou não o teste do VIH e segundo que receberam ou não o resultado				Percentagem que fez um teste	Percentagem que recebeu o resultado do último teste efectuado nos últimos 12 meses	Efectivo de mulheres
		Fez um teste e recebeu o resultado	Fez um teste e não recebeu o resultado	Nunca fez um teste[1]	Total			
Grupo etário								
15-24	83,5	49,1	3,9	47,1	100,0	52,9	29,0	1 014
15-19	76,1	27,4	2,4	70,1	100,0	29,9	15,7	555
20-24	92,5	75,1	5,6	19,2	100,0	80,8	45,0	459
25-29	92,0	78,6	4,3	17,2	100,0	82,8	40,4	452
30-39	92,1	71,5	6,0	22,4	100,0	77,6	33,0	655
40-49	82,6	55,8	3,9	40,3	100,0	59,7	26,3	493
Estado civil								
Solteiro	78,8	27,9	1,2	70,9	100,0	29,1	17,5	605
Já iniciou relações sexuais	89,0	47,9	2,6	49,5	100,0	50,5	32,3	257
Nunca teve relações sexuais	71,4	13,1	0,2	86,7	100,0	13,3	6,6	348
Casada/em união	89,8	72,3	5,5	22,2	100,0	77,8	36,3	1 718
Div./separado/viúvo	86,7	63,5	5,4	31,1	100,0	68,9	31,9	291
Meio de residência								
Urbano	88,0	61,5	3,2	35,4	100,0	64,6	34,3	1 433
Rural	85,6	60,5	6,1	33,3	100,0	66,7	27,9	1 182
Região								
Regiao Centro	86,4	61,4	3,4	35,2	100,0	64,8	33,2	1 670
Regiao Sul	84,4	53,1	9,3	37,6	100,0	62,4	27,1	324
Regiao Norte	87,4	60,4	5,6	33,9	100,0	66,1	27,1	502
Regiao do Principe	99,5	80,8	1,7	17,5	100,0	82,5	37,4	119
Nível de instrução								
Nenhum	64,2	42,9	4,0	53,1	100,0	46,9	22,9	155
Primário	86,9	63,3	5,2	31,5	100,0	68,5	29,8	1 516
Secundário ou mais	90,8	60,5	3,5	36,0	100,0	64,0	35,5	944
Quintil de bem-estar económico								
O mais pobre	76,2	54,7	5,1	40,2	100,0	59,8	26,4	462
Segundo	83,0	60,6	5,0	34,3	100,0	65,7	30,8	516
Médio	90,2	63,6	4,0	32,4	100,0	67,6	32,2	475
Quarto	90,8	61,4	5,3	33,3	100,0	66,7	32,0	557
O mais rico	92,5	63,9	3,2	32,9	100,0	67,1	34,7	605
Total 15-49	87,0	61,1	4,5	34,4	100,0	65,6	31,4	2 615

[1] Incluindo as não determinadas.

O quadro 14.10.2 apresenta os mesmos resultados para os homens. Mais de seis homens em cada dez (63%) nunca efectuaram um teste do VIH. Em 34% dos casos (contra os 61% nas mulheres), os homens fizeram um teste e receberam o resultado; entretanto, 3% dos homens efectuaram um teste, mas não conheceram o resultado. Constata-se também que a proporção de homens (86%) que conhecem um lugar onde efectuar um teste de despistagem do VIH é quase idêntica à das mulheres (87%). De forma global, verifica-se as mesmas variações que aquelas que se observam nas mulheres.

A proporção de homens (23%) de 15-49 anos que receberam os resultados do último teste efectuado nos últimos 12 meses é mais fraca que a das mulheres (31%). Contudo, as variações, de acordo com as características sociodemográficas são idênticas às que se observam nas mulheres. É entre os homens da faixa 15-19 anos (6%) e os solteiros que nunca tiveram relações sexuais (3%) que se notam as proporções mais baixas dos que conhecem o seu estatuto serológico recente. Do lado oposto, é entre os casados/em união (31%), entre os homens mais instruídos (28%) e entre aqueles que pertencem aos agregados mais ricos (34%) que a proporção dos que conhecem o seu estatuto serológico recente é a mais elevada.

Quadro 14.10.2 População que fez o teste de despistagem do VIH: Homens

Percentagem de homens de 15-49 anos que sabem onde ir para efectuar o teste de despistagem do VIH; distribuição percentual dos homens de 15-49 anos segundo que fizeram ou não o teste do VIH e segundo que receberam ou não o resultado do último teste; percentagem de homens que alguma vez fizeram um teste e percentagem de homens de 15-49 anos que recebeu o resultado do último teste efectuado nos últimos 12 meses, por algumas caracteristicas sociodemográficas, IDS São Tome e Principe 2008-2009

Características sociodemográficas	Percentagem que sabe onde ir para efectuar um teste de despistagem do VIH	Distribuição percentual dos homens segundo que fizeram ou não o teste do VIH e segundo que receberam ou não o resultado			Total	Percentagem que fez um teste	Percentagem que recebeu o resultado do último teste efectuado nos últimos 12 meses	Efectivo de homens
		Fez um teste e recebeu o resultado	Fez um teste e não recebeu o resultado	Nunca fez um teste[1]				
Grupo etário								
15-24	80,1	21,2	2,1	76,7	100,0	23,3	14,2	917
15-19	73,9	10,2	1,0	88,7	100,0	11,3	6,1	566
20-24	90,2	38,9	3,9	57,2	100,0	42,8	27,2	351
25-29	95,1	45,0	3,1	51,9	100,0	48,1	28,3	293
30-39	88,5	42,0	4,8	53,2	100,0	46,8	29,6	528
40-49	88,9	44,6	2,4	53,0	100,0	47,0	30,8	340
Estado civil								
Solteiro	80,0	21,5	2,5	76,0	100,0	24,0	14,2	936
Já iniciou relações sexuais	87,7	30,4	3,5	66,1	100,0	33,9	20,6	590
Nunca teve relações sexuais	66,9	6,4	0,7	92,9	100,0	7,1	3,3	345
Casada/em união	91,8	45,1	3,7	51,1	100,0	48,9	31,0	958
Divorc./separado/viúvo	83,8	35,5	1,8	62,8	100,0	37,2	23,5	184
Meio de residência								
Urbano	88,7	35,9	2,7	61,4	100,0	38,6	26,1	1 010
Rural	83,0	31,5	3,3	65,2	100,0	34,8	19,6	1 068
Região								
Regiao Centro	85,5	32,8	3,7	63,5	100,0	36,5	22,1	1 190
Regiao Sul	85,9	35,2	1,3	63,5	100,0	36,5	30,1	284
Regiao Norte	84,5	30,8	2,6	66,6	100,0	33,4	18,7	498
Regiao do Principe	94,5	52,3	1,4	46,3	100,0	53,7	30,1	107
Nível de instrução								
Nenhum	(58,2)	(18,5)	(0,0)	(81,5)	100,0	(18,5)	(6,8)	25
Primário	80,9	28,8	3,7	67,4	100,0	32,6	19,5	1 148
Secundário ou mais	92,8	40,2	2,1	57,7	100,0	42,3	27,5	905
Quintil de bem-estar económico								
O mais pobre	74,4	27,2	3,2	69,5	100,0	30,5	17,7	390
Segundo	82,7	28,6	5,7	65,7	100,0	34,3	16,3	408
Médio	88,0	28,9	3,2	67,9	100,0	32,1	20,8	417
Quarto	89,9	38,2	1,9	59,9	100,0	40,1	24,4	413
O mais rico	92,6	44,0	1,2	54,8	100,0	45,2	33,5	451
Total 15-49	85,8	33,7	3,0	63,4	100,0	36,6	22,8	2 078
Homens 50-59	83,3	38,7	2,6	58,7	100,0	41,3	22,7	218
Total dos homens 15-59	85,6	34,1	2,9	62,9	100,0	37,1	22,8	2 296

[1] Incluindo os não determinados.
( ) Casos de efectivos não ponderados entre 25 e 49.

14.5.2 Teste do VIH entre as mulheres grávidas

O quadro 14.11 apresenta, entre as mulheres que deram à luz durante os dois anos que precederam o inquérito, a proporção daquelas que receberam conselhos sobre o VIH/sida durante uma consulta do pré-natal, as proporções das que aceitaram fazer um teste de VIH /sida durante uma consulta do pré-natal e as proporções das que receberam ou não o resultado do teste, de acordo com certas características sociodemográficas.

De uma maneira geral, os resultados mostram que 69% das mulheres receberam conselhos sobre o VIH durante os cuidados do pré-natal. Em 81% dos casos, as mulheres aceitaram fazer o teste durante uma consulta do pré-natal e tiveram conhecimento dos resultados. Cinco por cento das mulheres não recebeu os resultados. No seu conjunto, cerca de dois terços das mulheres (63%) grávidas recebeu aconselhamento sobre o VIH/sida durante uma consulta do pré-natal e efectuou um teste do VIH, e recebeu os resultados. Esta percentagem é mais elevada no grupo etário 25-29 anos (65 %), no meio urbano (64 %), na região do Príncipe (95 %) e também entre as mulheres com o nível de estudos secundários ou mais (71 %).

Quadro 14.11 Mulheres grávidas que receberam aconselhamento e fizeram um teste do VIH

Entre as mulheres de 15-49 anos que tiveram um filho nos últimos dois anos precedentes o inquérito, percentagem que recebeu aconselhamento sobre o VIH durante as consultas do pré-natal do filho mais recente, e percentagem que aceitou fazer um teste do VIH proposto durante as consultas do pré-natal, segundo que recebeu ou não o resultado do teste, por algumas caracteristicas sociodemográficas, IDS São Tome e Principe 2008-2009

Características sociodemográficas	Percentagem que recebeu aconselhamento sobre o VIH durante as consultas do pré-natal[1]	Percentagem que aceitou fazer um teste do VIH proposto durante as consultas do pré-natal e que:		Percentagem que recebeu aconselhamento sobre o VIH e aceitou o teste proposto e recebeu o resultado[2]	Efectivo de mulheres que tiveram um filho nos últimos dois anos[3]
		Recebeu o resultado	Não recebeu o resultado		
Grupo etário					
15-24	66,4	83,3	4,6	61,1	253
15-19	70,2	80,0	6,6	61,4	80
20-24	64,6	84,9	3,6	60,9	174
25-29	69,8	79,0	4,6	64,6	179
30-39	72,6	79,8	6,4	63,1	231
40-49	64,4	83,9	3,5	61,1	70
Meio de residencia					
Urbano	69,0	84,5	5,3	63,5	328
Rural	68,9	78,5	4,8	61,8	405
Região					
Regiao Centro	71,9	84,3	2,6	68,1	427
Regiao Sul	53,7	67,6	14,6	41,8	100
Regiao Norte	65,7	78,0	6,5	54,8	173
Regiao do Principe	95,2	99,0	0,0	95,2	33
Nível de instrução					
Nenhum	(68,7)	(75,7)	(3,5)	(62,8)	44
Primário	67,1	77,8	6,0	59,1	491
Secundário ou mais	73,5	90,8	2,9	71,2	198
Total 15-49	69,0	81,2	5,0	62,6	733

[1] "Aconselhamento" significa neste contexto que a inquirida falou com alguém, dos três assuntos seguintes: 1) a transmissão do VIH/sida da mãe para o filho, 2) a prevenção do virus, 3) e efectuar um teste de despistagem do VIH/sida.
[2] Esta percentagem concerne apenas as mulheres para quais foi proposto o teste do VIH. As mulheres que fizeram um teste exigido e as que pediram um teste não figuram no denominador.
[3] Foram excluidas do denominador, as mulheres que não receberam cuidados do pré-natal para o último filho nascido nos dois últimos anos.
( ) Caso de efctivos não ponderados entre 25 e 49.

14.6 INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSIVEIS

14.6.1 Prevalência declarada das IST

As IST podendo favorecer a transmissão do vírus da sida, a prevenção e a luta contra estas infecções constituem uma prioridade. Para se estabelecer uma prevalência declarada das IST durante o inquérito, perguntou-se aos inquiridos que já tinham tido relações sexuais, se tiveram uma IST ou sintomas associados às IST, durante os 12 meses que precederam o inquérito. Os resultados são apresentados no quadro 14.12 para as mulheres e os homens, de acordo com as características sociodemográficas.

Quadro 14.12 Prevalência declarada das Infecções Sexualmente Transmissiveis (IST) e sintomas declarados de IST

Entre mulheres e homens de 15-49 anos que tiveram relações sexuais, percentagem que declarou ter uma IST ou sintomas de IST nos últimos 12 meses, por algumas caracteristicas sociodemográficas, IDS São Tome e Principe 2008-2009

	Mulheres					Homens				
Características sociodemográficas	Uma IST	Corrimento vaginal anormal	Uma ferida/úlcera genital	IST/corrimento vaginal/ ferida ou úlcera	Efectifvo que alguma vez teve relações sexuais	Uma IST	Corrimento no pénis	Uma ferida/úlcera genital	IST/corrimento no pénis/ ferida ou úlcera	Efectifvo que alguma vez teve relações sexuais
Grupo etário										
15-24	6,8	11,6	6,1	13,5	678	0,5	1,4	1,8	3,5	590
15-19	4,7	6,9	4,4	9,7	254	0,0	1,8	1,1	2,9	270
20-24	8,1	14,3	7,1	15,8	424	1,0	1,0	2,4	4,0	320
25-29	8,3	16,9	7,0	20,7	442	0,8	1,5	1,7	3,1	285
30-39	8,8	13,5	7,2	15,5	653	3,6	2,7	2,8	5,3	519
40-49	3,1	9,5	4,6	10,8	493	4,1	3,5	2,1	4,9	338
Estado civil										
Solteiro	9,5	13,1	7,9	14,5	257	0,7	1,3	1,8	3,3	590
Casado/em união	6,8	12,7	6,1	15,0	1 718	2,4	2,1	2,2	3,9	958
Divorc./separado/viúvo.	4,7	12,6	5,7	14,4	291	6,0	5,6	3,0	9,3	184
Meio de residência										
Urbano	6,5	12,0	4,7	14,0	1 224	3,2	3,0	1,9	4,3	857
Rural	7,3	13,6	8,1	16,0	1 043	1,2	1,5	2,3	4,2	876
Região										
Regiao Centro	7,9	15,6	8,1	17,8	1 427	2,5	2,8	2,6	5,1	974
Regiao Sul	7,6	11,4	2,3	13,4	286	2,5	1,8	1,7	3,5	238
Regiao Norte	4,7	7,0	4,3	9,6	448	1,6	1,5	1,7	3,5	427
Regiao do Principe	0,7	1,9	0,6	2,6	106	0,6	0,6	0,0	0,9	94
Nível de instrução										
Nenhum	1,3	7,8	2,5	8,0	149	*	*	*	*	13
Primário	6,4	13,1	6,6	15,2	1 403	2,2	2,2	2,1	4,6	1 006
Secundário ou mais	8,9	13,0	6,3	15,7	715	2,1	2,1	2,0	3,8	713
Total 15-49	6,9	12,7	6,3	14,9	2 267	2,2	2,2	2,1	4,3	1 732
Homens 50-59	na	na	na	na	na	0,8	1,1	1,6	2,7	218
Total dos homens 15-59	na	na	na	na	na	2,0	2,1	2,1	4,1	1 951

na = Não se aplica
* Caso de efectivos não ponderados inferiores a 25.

Os resultados mostram que 7% das mulheres que já tiveram relações sexuais, declararam terem tido uma IST durante os últimos 12 meses. Também, algumas inquiridas que não declararam terem tido uma IST, declararam contudo terem tido sintomas (corrimento vaginal/ferida ou úlcera) que podem ser reveladores de IST. Se tomarmos igualmente em consideração as declarações de sintomas, a prevalência passa de 7% para 15%. Mas, convém ter presente que sendo esta prevalência baseada unicamente nas declarações das inquiridas, ela deve ser tomada como sendo uma ordem de grandeza e não como uma estimativa precisa. De notar que a prevalência declarada varia de um número mínimo de 10% para a faixa 15-19 anos, para um número máximo de 21% para a faixa dos 25-29 anos; também, constatam-se variações importantes em função do nível de instrução e segundo a região. Entre as mulheres sem instrução, 8% declarou terem tido uma IST ou sintomas que podem revelar a presença de uma IST; entre as mulheres instruídas, esta proporção é de 15% para aquelas com o nível de instrução primária e 16% para as que têm o nível do secundário ou mais. Nas regiões, a prevalência declarada das IST varia de um valor máximo de 18% na região do Centro para um mínimo de 3% na região do Príncipe.

A prevalência declarada é sensivelmente mais fraca nos homens de 15-49 anos que já tiveram relações sexuais: 2% declararam terem tido uma IST e, se considerarmos os sintomas, esta prevalência chega aos 4%, contra 15% nas mulheres. A prevalência varia de forma irregular com a idade. É entre os homens em ruptura de união (9%) e os da região Centro (5%) que esta prevalência declarada das IST é a mais elevada.

14.7 PREVALÊNCIA DAS INJECÇÕES

Injecções feitas sem o respeito das normas de assépcia podem ser uma fonte de contaminação. É por conseguinte importante saber em que medida a população recebe as injecções feitas por pessoal de saúde, e de acordo com as normas recomendadas. Para além das questões colocadas a fim de se estimar a proporção da população que recebeu injecções, foi perguntado em que estado se encontrava a agulha e a seringa durante a última injecção tomada. Os resultados são apresentados no quadro 14.13 para as mulheres e os homens de 15-49 anos.

Os resultados mostram que no total, 18% das mulheres e 14% dos homens, receberam pelo menos uma injecção efectuada por um agente de saúde durante os doze meses que precederam o inquérito. Globalmente, os resultados mostram que a percentagem de mulheres que receberam uma injecção é mais elevada entre aquelas de 30-49 anos (21% para 30-49 anos e 24% para 40-49 anos), entre as mulheres das regiões Centro (19%) e Norte (20%) e aquelas cujo agregado familiar foi classificado no quarto quintil (20%). Para os homens, nota-se que é nos mesmos sub-grupos que as mulheres, que a proporção daqueles que receberam pelo menos uma injecção durante os últimos 12 meses é a mais elevada, ou seja, entre os homens de 30-49 anos (15 % para o grupo 30-39 anos e 19 % para o grupo 40-49 anos), os das regiões Centro (15%) e Norte (16%) e os pertencendo ao quintil (16%). Além disso nota-se que o número médio de injecções durante os últimos 12 meses, não é muito diferente entre as mulheres e os homens (respectivamente 1,1 e 1,3).

Na quase totalidade dos casos, as mulheres e os homens que receberam uma injecção durante os últimos 12 meses, declararam que a última injecção tinha sido feita com uma seringa e uma agulha extraídas de uma embalagem nova e que não tinha sido aberto antes (98% nos dois casos). Além disso, não se notam diferenças significativas em função das características sociodemográficas.

Quadro 14.13 Prevalência das injecções feitas por um agente de saúde

Percentagem de mulheres e homens de 15-49 anos que receberam pelo menos uma injecção feita por um agente de saúde nos últimos 12 meses, número médio de injecções por pessoa nos últimos 12meses e entre as mulheres e os homens que receberam uma injecção, percentagem das últimas injecções para as quais a seringua e a agulha foram extraidas de um pacote fechado e novo, por algumas caracteristicas sociodemográficas, IDS São Tome e Principe 2008-2009

	Mulheres					Homens				
Características sociodemográficas	Percentagem que recebeu pelo menos uma injecção feita por um agente de saúde nos últimos 12 meses	Número médio de injecções feitas por um agente de saúde nos últimos 12 meses	Efectivo	A última vez, a seringua e a agulha foram extraidas de um pacote fechado e novo	Efectivo de mulheres que recebeu uma injecção nos últimos 12 meses	Percentagem que recebeu pelo menos uma injecção feita por um agente de saúde nos últimos 12 meses	Número médio de injecções feitas por um agente de saúde nos últimos 12 meses	Efectivo	A última vez, a seringua e a agulha foram extraidas de um pacote fechado e novo	Efectivo de homens que recebeu uma injecção nos últimos 12 meses
Grupo etário										
15-24	12,6	0,7	1 014	98,9	128	12,1	0,5	917	97,9	111
15-19	12,4	0,4	555	100,0	69	12,3	0,5	566	98,8	70
20-24	12,8	1,0	459	97,6	59	11,8	0,4	351	(96,4)	41
25-29	17,0	1,0	452	96,0	77	12,3	1,6	293	(98,0)	36
30-39	21,6	1,3	655	98,7	142	14,9	1,5	528	97,3	79
40-49	23,6	1,7	493	96,9	117	18,5	2,8	340	99,4	63
Meio de residência										
Urbano	18,3	1,2	1 433	98,3	262	13,7	1,1	1 010	98,6	139
Rural	17,0	0,9	1 182	97,3	201	14,1	1,4	1 068	97,6	150
Região										
Região Centro	19,3	1,1	1 670	98,1	322	15,0	1,2	1 190	99,3	179
Região Sul	8,6	1,0	324	(96,1)	28	7,9	0,9	284	(93,8)	22
Região Norte	20,2	1,0	502	97,8	101	16,0	1,9	498	96,7	80
Região do Príncipe	9,3	0,3	119	(96,3)	11	7,4	0,3	107	*	8
Nível de instrução										
Nenhum	17,1	0,8	155	(83,6)	27	(13,6)	(0,3)	25	*	3
Primário	17,3	1,0	1 516	98,9	262	12,9	1,2	1 148	97,5	148
Secundário ou mais	18,5	1,2	944	98,4	174	15,2	1,3	905	99,0	137
Quintil de bem-estar económico										
O mais pobre	16,0	1,1	462	96,0	74	15,1	1,2	390	98,7	59
Segundo	17,2	0,8	516	97,3	89	12,1	1,2	408	(97,0)	49
Médio	17,9	1,0	475	96,8	85	12,4	1,1	417	96,7	52
Quarto	19,6	1,1	557	100,0	109	15,8	1,5	413	97,7	65
O mais rico	17,5	1,3	605	98,3	106	14,1	1,4	451	100,0	63
Total	17,7	1,1	2 615	97,9	463	13,9	1,3	2 078	98,1	289
Total dos homens 15-59	na	na	na	na	na	14,5	1,3	2 296	97,3	333

Nota: As injecções feitas por um agente de saúde são injecções feitas por um médico, infermeiro, farmaceutico, dentista ou um outro agente de saúde.
na = Não se aplica
( ) Caso de efectivos não ponderados entre 25 e 49.
* Caso de efectivos não ponderados inferiores a 25.

14.8 JOVENS DE 15-24 ANOS E O VIH/SIDA

Os dados recolhidos sobre o VIH/sida e os comportamentos sexuais permitiram calcular os indicadores específicos à população dos jovens de 15-24 anos. Esta parte é dedicada ao exame destes resultados.

14.8.1 Conhecimento completo do VIH/sida e conhecimento de uma fonte de obtenção do preservativo

No geral, apenas 43% das jovens mulheres de 15-24 anos têm um conhecimento "completo" do VIH/sida (Quadro 14.14). Por outras palavras, essas jovens mulheres sabem que se pode reduzir o risco de contrair o vírus da sida através da utilização do preservativo e limitando as relações sexuais a um único parceiro, fiel e não infectado. Além disso, elas rejeitam as crenças erradas mais correntes acerca da transmissão da sida (transmissão através de picada de mosquitos e da partilha de uma refeição com uma pessoa seropositiva) e elas sabem que é possível que uma pessoa com uma aparência saudável esteja infectada pelo vírus da sida[2]. Notam-se variações segundo a idade. A proporção de jovens mulheres tendo um conhecimento completo da sida situa-se num valor mínimo de 34% entre aquelas de 15-17 anos e num valor máximo de 48% entre as de 20-22 anos. Globalmente, estão mais informadas sobre a sida, as jovens solteiras que já iniciaram relações sexuais e as que já viveram em união (44% nos dois casos), as do meio urbano (47%), da região do Príncipe (66%), as que possuem pelo menos o nível secundário ou mais (52%) e as cujas famílias pertencem ao quintil mais rico (56%).

A proporção de homens jovens que dispõem de um conhecimento completo do VIH/sida é idêntica à das mulheres (43%). Além disso, as variações são idênticas às que se verificam nas mulheres.

A prática de relações sexuais não protegidas é um factor de propagação do VIH / sida. A utilização do preservativo é um dos únicos meios eficazes para prevenir a contaminação pela via sexual, pelo que é importante conhecer a sua disponibilidade e o seu nível de acessibilidade. Por isso, além das perguntas relativas ao conhecimento dos meios de prevenção, perguntou-se aos jovens se conhecem um lugar onde pudessem adquirir o preservativo.

Os resultados do quadro 14.14 mostram que mais de quatro mulheres em cada cinco (83%) conhecem um lugar onde adquirir o preservativo. Em termos comparativos, a proporção dos homens jovens é mais elevada (92%). Observam-se variações importantes em função das características sociodemográficas, tanto nos homens como nas mulheres. Entre as mulheres, o conhecimento de uma fonte de obtenção do preservativo aumenta com a idade, passando de 77% na faixa 15-17 anos, para 88% na faixa 23-24 anos; entre os homens, passa de 86% para 99%, a partir dos 20-24 anos. Se considerarmos o estado civil, constata-se globalmente, tanto nas mulheres como nos homens, que são os solteiros que já tiveram relações sexuais e os homens jovens que já estiveram em união (89% e 84 % nas mulheres; e 96 % e 99 % nos homens) que conhecem mais frequentemente um lugar onde adquirir o preservativo. Ainda, observa-se uma diferença entre o meio urbano (47% nas mulheres e 95% nos homens) e o meio rural (respectivamente 38% e 90%). O conhecimento desse lugar aumenta com o nível de instrução, particularmente entre as mulheres: 33% das jovens mulheres com o nível de ensino primário sabe onde procurar o preservativo, a contrastar com os 52% daquelas que têm pelo menos o nível secundário. Nos homens, as diferenças são menos importantes. As variações em função da situação de bem-estar económica do agregado são mais importantes entre as mulheres jovens do que entre os homens jovens. A proporção de mulheres jovens que sabem onde adquirir o preservativo aumenta com a melhoria da situação económica da família, variando de 27% no quintil mais pobre para 56% no mais rico. Nos homens, as variações entre quintis são irregulares e não se constata variações entre o quintil mais pobre e o quintil mais rico.

---

[2] Esta definição é a mesma que foi utilizada para o conjunto da população (ver quadros 14.3.1 e 14.3.2).

Quadro 14.14 Conhecimento completo sobre o VIH e conhecimento de um um lugar onde se procurar um preservativo entre os jovens

Percentagem de jovens mulheres e homens de 15-24 anos que têm um conhecimento completo sobre o VIH/sida e percentagem que conhece um lugar onde procurar um preservativo, por algumas caracteristicas sociodemográficas, IDS São Tome e Principe 2008-2009

Características sociodemográficas	Mulheres			Homens		
	Percentagem que tem um conhecimento completo sobre a sida[1]	Percentagem que conhece um lugar onde procurar um preservativo[2]	Efectivo	Percentagem que tem um conhecimento completo sobre a sida[1]	Percentagem que conhece um lugar onde procurar um preservativo[2]	Efectivo
Grupo etário						
15-19	39,0	78,6	555	39,0	88,3	566
15-17	33,8	76,5	325	34,8	85,7	350
18-19	46,4	81,6	230	46,0	92,5	216
20-24	47,0	87,6	459	50,4	98,8	351
20-22	48,2	87,7	304	50,7	98,9	208
23-24	44,6	87,6	156	49,9	98,6	143
Estado civil						
Solteiro	41,8	81,8	557	42,8	91,6	818
Já iniciou relações sexuais	44,4	89,4	221	47,8	95,8	491
Nunca teve relações sexuais	40,1	76,9	336	35,3	85,2	326
Foi casado/ viveu em união	43,7	83,8	457	48,0	98,5	99
Meio de residência						
Urbano	47,0	84,3	549	45,2	94,6	467
Rural	37,5	80,8	465	41,5	90,0	450
Região						
Região Centro	43,3	81,0	649	46,4	91,9	570
Região Sul	50,1	87,5	114	22,4	93,7	111
Região Norte	31,5	82,2	206	42,1	91,6	200
Região do Príncipe	66,3	97,5	45	67,2	98,6	36
Nível de instrução						
Nenhum	(29,4)	(62,9)	33	*	*	8
Primário	33,3	77,5	464	32,2	89,5	432
Secundário ou mais	51,9	88,6	517	53,9	94,8	477
Quintil de bem-estar económico						
O mais pobre	27,2	67,9	167	38,5	93,3	157
Segundo	36,3	80,9	200	30,2	88,8	147
Médio	40,6	85,7	175	44,0	94,8	184
Quarto	47,3	84,9	228	43,2	89,9	194
O mais rico	55,7	90,1	243	54,6	93,9	234
Total	42,6	82,7	1 014	43,4	92,3	917

[1] São consideradas como tendo um conhecimento "completo", os adultos jovens que sabem que o uso regular do preservativo e a limitação das relações sexuais a um único parceiro fiel e não infectado reduzem os riscos de contrair o virus da sida, os que sabem que uma é possível que uma pessoa com uma aparencia saudável esteja infectada e os que rejeitam as duas crenças erradas mais comuns em relação à transmissão ou à prevenção da sida. Os elementos de definição do conhecimento completo são apresentados nos quadros 14.2, 14.3.1 e 14.3.2.
[2] Neste quadro, as respostas tais como « amigos », « familiares » e « em casa » não são consideradas como fonte de obtenção de preservativo.
( ) Caso de efectivos não ponderados entre 25 e 49.
* Caso de efectivos não ponderados inferiores a 25.

14.8.2 Idade na primeira relação sexual entre os jovens e uso do preservativo

A idade na primeira relação sexual entre os jovens de 15-24 anos reveste-se de grande importância em matéria de VIH. O quadro 14.15 apresenta as proporções de homens e de mulheres de 15-24 anos que tiveram as suas primeiras relações sexuais antes de completarem os 15 anos de idade e a proporção de jovens de 18-24 anos que tiveram as suas primeiras relações sexuais antes de completarem os 18 anos, segundo algumas características sociodemográficas. Globalmente, 9% das mulheres jovens de 15-24 anos, já tinham tido as suas primeiras relações sexuais antes dos 15 anos; entre as de 18-24 anos, 55 % já tinham tido as suas primeiras relações sexuais antes dos 18 anos.

Quadro 14.15 Idade na primeira relação sexual entre os jovens

Percentagem de jovens mulheres e homens de 15-24 anos que tiveram a primeira relação sexual antes da idade de 15 anos e percentagem de mulheres e homens de 18-24 anos que tiveram a primeira relação sexual antes de 18 anos, por algumas caracteristicas sociodemográficas, IDS São Tome e Principe 2008-2009

Características sociodemográficas	Mulheres				Homens			
	Percentagem que teve a primeira relação sexual antes da idade de 15 anos exactos	Efectivo de mulheres de 15-24 anos	Percentagem que teve a primeira relação sexual antes da idade de 18 anos exactos	Efectivo de mulheres de 18-24 anos	Percentagem que teve a primeira relação sexual antes da idade de 15 anos exactos	Efectivo de homens de 15-24 anos	Percentagem que teve a primeira relação sexual antes da idade de 18 anos exactos	Efectivo de homens de 18-24 anos
Grupo etário								
15-19	9,7	555	na	na	11,7	566	na	na
15-17	9,9	325	na	na	13,5	350	na	na
18-19	9,4	230	57,5	230	8,8	216	52,7	216
20-24	8,4	459	53,0	459	13,1	351	55,5	351
20-22	9,2	304	51,4	304	12,5	208	54,3	208
23-24	6,8	156	56,1	156	13,9	143	57,2	143
Estado civil								
Solteiro	5,1	557	31,8	276	12,4	818	53,6	468
Foi casado/viveu em união	13,9	457	69,7	413	11,3	99	58,3	98
Conhece um lugar onde procurar preservativo[1]								
Sim	8,9	839	54,6	590	12,2	846	55,3	546
Não	10,1	175	53,7	99	12,8	70	*	20
Meio de residência								
Urbano	7,6	549	46,8	359	10,3	467	55,6	298
Rural	10,8	465	62,9	330	14,3	450	53,1	268
Região								
Regiao Centro	7,8	649	49,3	435	12,5	570	54,2	335
Regiao Sul	11,1	114	57,3	77	7,9	111	52,8	73
Regiao Norte	10,5	206	67,1	149	13,6	200	53,2	136
Regiao do Principe	15,8	45	60,4	28	13,6	36	69,9	22
Nível de instrução								
Nenhum	(24,4)	33	(58,2)	29	*	8	*	8
Primário	12,6	464	69,5	323	11,4	432	54,2	282
Secundário ou mais	4,9	517	39,9	337	13,2	477	55,5	276
Quintil de bem-estar económico								
O mais pobre	11,0	167	67,8	106	13,9	157	60,9	115
Segundo	14,2	200	59,7	145	14,4	147	49,7	101
Médio	6,1	175	60,8	121	12,6	184	50,7	106
Quarto	10,1	228	51,4	148	7,0	194	44,3	110
O mais rico	4,8	243	39,8	168	13,8	234	63,7	134
Total	9,1	1 014	54,5	689	12,3	917	54,4	566

na = Não se aplica
[1] Neste quadro, as respostas tais como « amigos », « familiares » e « em casa » não são consideradas como fonte de obtenção de preservativo.
( ) Caso de efectivos não ponderados entre 25 e 49.
* Caso de efectivos não ponderados inferiores a 25.

As proporções das mulheres que tiveram as suas primeiras relações sexuais antes dos 15 anos exactos, variam de acordo com as características sociodemográficas. A precocidade das relações sexuais é influenciada grandemente pelo estado matrimonial, o meio e a região de residência, o nível de instrução e o nível de bem-estar do agregado. Com efeito, apenas 5% das mulheres jovens solteiras e 14% das que já viveram em união, tiveram as suas primeiras relações sexuais antes de atingirem os 15 anos. As relações sexuais precoces ocorrem com mais frequência no meio rural (11% contra 8% no meio urbano) e na região do Príncipe (16%), do que nas outras regiões (valor mínimo de 8% na região Centro), e também com maior incidência nas mulheres das famílias classificadas no segundo quintil (14%) do que nas outras (valor mínimo de 5% nos agregados mais ricos).

Globalmente, 12% dos homens jovens de 15-24 anos, ou seja, uma proporção ligeiramente mais elevada do que nas mulheres (9%), já tinham tido as suas primeiras relações sexuais antes da idade de 15 anos exactos; entre os jovens de 18-24 anos, 54 % já tinham tido as suas primeiras relações sexuais antes da idade de 18 anos exactos. As variações em função das características sociodemográficas são menos importantes do que se verificou nas mulheres. Pode-se contudo sublinhar que a precocidade das relações sexuais é menos frequente no meio urbano do que no meio rural (10% e 14%), na região Sul (8% contra 13% no mínimo, verificada nas outras três regiões) e nos homens do quarto quintil (7%); nos jovens dos outros quintis, particularmente nos pertencentes aos dois primeiros, onde a proporção é de 14%.

Com o abaixamento da idade nas primeiras relações sexuais, a utilização regular do preservativo logo nas primeiras relações sexuais constitui uma componente essencial de qualquer estratégia de prevenção do VIH no público jovem. Igualmente, perguntou-se aos jovens de 15-24 anos, se tinham feito uso do preservativo na primeira vez em que tiveram uma relação sexual. Os resultados são apresentados, tanto para as mulheres como para os homens de 15-24 anos, no quadro 14.16, de acordo com algumas características sociodemográficas.

Entre as mulheres e os homens de 15-24 anos, que já iniciaram relações sexuais, 23% e 34% respectivamente, usaram o preservativo durante a primeira relação sexual. Nas mulheres, nota-se variações importantes em função da idade, com uma taxa de utilização do preservativo oscilando entre um valor máximo de 41% entre as da faixa 15-17 anos e um valor mínimo de 9% entre as jovens da faixa 23-24 anos. Ainda, constata-se que o uso do preservativo na primeira relação sexual foi mais frequente nas jovens solteiras (38%) do que entre aquelas que já viveram em união (15%), entre as do meio urbano (25%) e as do meio rural (20%) e entre as das regiões Centro (25%) e do Príncipe (26%). Além disso, a utilização do preservativo na primeira relação sexual é influenciada pelo nível de instrução, sendo em um terço (34%) das mulheres jovens do nível de instrução secundário ou mais e 14% entre as do nível do ensino primário. Por quintis de bem-estar, os resultados mostram uma taxa de utilização do preservativo mais elevada nas mulheres dos agregados ricos do que nos demais. Nos agregados mais ricos, 36% das jovens usou o preservativo na primeira relação sexual, contra 15% entre as jovens dos dois primeiros quintis.

Nos homens, notam-se igualmente variações na taxa de utilização do preservativo na primeira relação sexual. Os resultados, em função da idade, mostram que é na faixa etária 18-19 anos que o uso do preservativo foi mais frequente (44%); do lado oposto, nas faixas etárias 15-17 anos e 23-34 anos, apenas 25% usaram o preservativo durante na primeira relação sexual. Assim, à semelhança das mulheres, nota-se nos homens solteiros, um recurso mais frequente do preservativo (38%) e entre os do meio urbano (36%). Contudo, contrariamente ao que acontece com as mulheres, a taxa de utilização do preservativo na primeira relação sexual nos homens jovens (44%) é sensivelmente mais elevada na região do Príncipe (33%) do que nas outras regiões (34%) e no segundo quintil (44%). Além disso, não se nota variações entre os homens do nível de instrução primário e os que têm o nível secundário ou mais.

Quadro14.16 Uso do preservativo durante a primeira relação sexual entre os jovens

Entre as mulheres e os homens de 15-24 anos que tiveram relações sexuais, percentagem que usou um preservativo a primeira vez que teve relações sexuais, por algumas caracteristicas sociodemográficas, IDS São Tome e Principe 2008-2009

Características sociodemográficas	Mulheres		Homens	
	Percentagem que usou um preservativo a primeira vez que teve relações sexuais	Efectivo que já teve relações sexuais	Percentagem que usou um preservativo a primeira vez que teve relações sexuais	Efectivo que já teve relações sexuais
Grupo etário				
15-19	30,5	254	35,7	270
15-17	41,0	104	25,2	119
18-19	23,2	150	44,0	150
20-24	17,7	424	33,2	320
20-22	22,9	271	39,2	185
23-24	8,5	154	25,1	135
Estado civil				
Solteiro	37,6	221	38,2	491
Foi casado/viveu em união	15,1	457	15,2	99
Conhece um lugar onde procurar preservativo[1]				
Sim	24,5	580	34,1	568
Não	10,3	98	*	22
Meio de residência				
Urbano	24,5	349	35,7	317
Rural	20,4	329	32,8	273
Região				
Regiao Centro	25,1	416	34,1	369
Regiao Sul	15,9	77	33,2	66
Regiao Norte	17,9	154	34,0	131
Regiao do Principe	25,7	31	43,7	24
Nível de instrução				
Nenhum	(0,0)	28	*	5
Primário	14,3	351	34,5	298
Secundário ou mais	34,2	299	34,2	287
Quintil de bem-estar económico				
O mais pobre	15,3	117	32,5	120
Segundo	14,8	149	44,2	98
Médio	18,9	123	28,7	108
Quarto	26,1	145	25,9	104
O mais rico	35,6	144	39,1	161
Total	22,5	678	34,4	590

[1] Neste quadro, as respostas tais como « amigos », « familiares » e « em casa » não são consideradas como fonte de obtenção de preservativo.
( ) Caso de efectivos não ponderados entre 25 e 49.
* Caso de efectivos não ponderados inferiores a 25.

14.8.3 Relações sexuais pré-maritais e uso do preservativo durante as relações sexuais pré-maritais

O quadro 14.17 apresenta as proporções de jovens solteiros dos dois sexos, dos jovens de15-24 anos que nunca tiveram relações sexuais e as proporções daqueles que tiveram relações sexuais durante os doze meses que precederam o inquérito e, entre estes, as proporções daqueles que usaram o preservativo durante a última relação sexual, de acordo com algumas características sociodemográficas.

Primeiramente, constata-se que 60% das mulheres jovens solteiras de 15-24 anos nunca tiveram relações sexuais; do lado oposto, cerca de um terço das jovens mulheres solteiras de 15-24 anos (32%) teve relações sexuais pré-maritais durante os últimos 12 meses. Nota-se que a proporção de mulheres jovens solteiras que tiveram relações sexuais durante os últimos 12 meses, aumenta com a idade, passando de 24% na faixa etária 15-19 anos, para 57%, na faixa de 20-24 anos. Ainda, as relações sexuais pré-maritais são mais frequentes entre as mulheres jovens solteiras que sabem onde procurar o preservativo (36% para as que sabem e 10% para as que não sabem), as das regiões Centro e Norte (32%, contra 25% na região Sul), e também entre as mais instruídas (34%, sendo 28% para as que têm a instrução primária). Os resultados de acordo com os quintis de bem-estar, mostram que a frequência das relações sexuais pré-maritais aumenta com o nível de bem-estar económico do agregado familiar, variando de 22% nos agregados mais pobres, para 38% nos mais ricos.

Quadro 14.17 Relações sexuais pré-maritais e uso do preservativo durante as relações sexuais pré-maritais entre os jovens

Entre as mulheres e homens solteiros de 15-24 anos, percentagem que nunca teve relações sexuais, percentagem que teve relações sexuais nos últimos 12 meses e entre os que tiveram relações sexuais pré-maritais nos últimos 12 meses, percentagem que usou um preservativo durante a última relação sexual, por algumas caracteristicas sociodemográficas, IDS São Tome e Principe 2008-2009

	Mulheres					Homens				
Características sociodemográficas	Percentagem que nunca teve relações sexuais	Percentagem que teve relações sexuais nos últimos 12 meses	Efectivo de solteiras	Percentagem que usou um preservativo durante a última relação sexual	Efectivo	Percentagem que nunca teve relações sexuais	Percentagem que teve relações sexuais nos últimos 12 meses	Efectivo de solteiros	Percentagem que usou um preservativo durante a última relação sexual	Efectivo
Grupo etário										
15-19	70,1	23,9	429	54,1	103	53,0	37,1	559	65,0	207
15-17	78,6	16,1	282	62,2	45	66,1	24,8	350	55,2	87
18-19	53,9	38,7	147	47,7	57	31,2	57,4	210	72,1	120
20-24	27,4	56,8	128	57,9	73	11,7	76,2	259	63,3	197
20-22	31,1	53,4	106	59,9	57	12,7	76,7	176	62,4	135
23-24	*	*	22	*	16	9,4	75,2	82	65,3	62
Estado civil										
Solteiro	56,6	36,2	456	56,8	165	37,1	52,2	749	64,0	391
Foi casado/viveu em união	76,7	10,4	101	*	11	70,0	19,1	69	*	13
Conhece um lugar onde procurar preservativo[1]										
Sim	56,6	36,2	456	56,8	165	37,1	52,2	749	64,0	391
Não	76,7	10,4	101	*	11	70,0	19,1	69	*	13
Meio de residência										
Urbano	59,2	32,2	338	60,7	109	35,6	52,7	422	64,4	222
Rural	61,9	30,3	219	47,5	66	44,4	45,9	396	63,9	182
Região										
Regiao Centro	59,5	31,8	392	58,5	124	38,2	49,1	525	62,5	257
Regiao Sul	69,9	25,2	53	*	13	45,3	47,4	99	(60,7)	47
Regiao Norte	58,9	32,2	89	39,0	29	42,0	51,0	164	68,4	84
Regiao do Principe	(57,0)	(38,1)	24	*	9	(40,7)	(53,9)	31	*	17
Nível de instrução										
Nenhum	*	*	9	*	1	*	*	5	*	2
Primário	65,7	28,3	172	47,1	49	35,7	52,8	374	59,9	198
Secundário ou mais	58,0	33,5	377	59,3	126	43,3	46,7	439	68,4	205
Quintil de bem-estar económico										
O mais pobre	72,2	22,1	69	*	15	29,5	59,7	127	64,9	76
Segundo	63,7	27,2	80	*	22	38,9	50,6	128	62,0	65
Médio	65,8	27,2	80	*	22	45,9	44,0	167	65,3	74
Quarto	60,3	32,6	138	(59,0)	45	51,7	37,7	173	55,1	65
O mais rico	52,1	37,7	190	58,1	72	32,7	56,1	223	69,0	125
Total	60,3	31,5	557	55,7	175	39,9	49,4	818	64,2	404

[1] Neste quadro, as respostas tais como « amigos », « familiares » e « em casa » não são consideradas como fonte de obtenção de preservativo.
( ) Caso de efectivos não ponderados entre 25 e 49.
* Caso de efectivos não ponderados inferiores a 25.

As relações sexuais pré-maritais durante os últimos 12 meses, são muito mais frequentes entre os homens (49%) jovens do que entre as meninas (32%). Globalmente, observam-se as mesmas variações, com excepção do nível de instrução e do nível de bem-estar económico. Com efeito, contrariamente ao que acontece com as mulheres, são os homens solteiros, com o nível de instrução primário (53%) e os do quintil mais pobre (60%) que mais tiveram relações sexuais pré-maritais.

Aos solteiros de 15-24 anos, que tiveram relações sexuais durante os últimos 12 meses, perguntou-se se usaram um preservativo durante a última relação sexual. Em 56% dos casos, as mulheres declararam ter utilizado o preservativo, e entre os homens esta proporção é ligeiramente mais elevada (64%). Nota-se que nas mulheres, a taxa de utilização do preservativo é mais elevada no meio urbano (61%) do que no meio rural (48%), mais na região Centro (59%) do que na região Norte (39%) e mais entre as mulheres com o nível secundário ou mais (59%) do que do nível primário (47%. Nos homens solteiros, os resultados mostram que a utilização do preservativo durante a última relação sexual é mais frequente entre os detentores do nível secundário ou mais (68%) do que entre aqueles do nível primário (60%). De acordo com os quintis de bem-estar económico, as variações são irregulares. Contudo é nos agregados mais ricos que a taxa de utilização é mais elevada (69%).

O quadro 14.18.1 apresenta as proporções das mulheres jovens de 15-24 anos que tiveram relações sexuais de alto risco e as proporções das que usaram o preservativo durante a última relação sexual de alto risco. De notar que consideramos de alto risco as relações sexuais com um parceiro extra-conjugal e não coabitante. No total, 32% das mulheres jovens teve relações sexuais de alto risco durante os 12 meses que precederam o inquérito. Entre essas mulheres, 54% usou o preservativo durante a última relação sexual de alto risco. Com a definição das relações sexuais de alto risco, não é surpreendente que a proporção de solteiros que tiveram relações sexuais de alto risco seja elevada (95%). Os resultados mostram igualmente que a proporção de mulheres jovens que tiveram relações sexuais de alto risco é mais elevada no meio urbano (40%) do que no meio rural (23%). Tudo indica também que o nível de instrução e o nível de bem-estar económico influenciam a frequência das relações sexuais de alto risco, visto que entre as mais instruídas e entre as que pertencem ao quintil mais rico, 49% e 59% respectivamente, tiveram relações sexuais de alto risco durante os últimos 12 meses; os valores para aquelas que têm o nível do ensino primário e as pertencentes às famílias classificadas no quintil mais pobre são de 20% e 18%, respectivamente. As relações sexuais de alto risco foram também mais frequentes entre as mulheres que conhecem um lugar onde adquirir o preservativo (34%), do que entre aquelas que não conhecem uma fonte de obtenção do preservativo (15%). Em função das regiões, os resultados mostram que a frequência das relações sexuais de risco é mais elevada na região Centro (35%) do que nas outras regiões (19% na região Sul). Relativamente ao uso do preservativo, os resultados mostram que é entre as mulheres que tiveram relações sexuais de alto risco com mais frequência, que a utilização do preservativo foi também mais frequente.

Quadro 14.18.1 Relações sexuais de alto risco entre os jovens e uso do preservativo durante a última relação sexual de alto risco nos últimos 12 meses: Mulheres

Entre as mulheres de 15-24 anos que tiveram relações sexuais nos últimos 12 meses, percentagem que teve relações sexuais de alto risco nos últimos 12 meses, e entre essas mulheres, percentagem que usou um preservativo durante a última relação sexual de alto risco, por algumas caracteristicas sociodemográficas, IDS São Tome e Principe 2008-2009

	Mulheres jovens de 15-24 anos que tiveram relações sexuais nos últimos 12 meses:		Mulheres jovens de 15-24 anos que tiveram relações sexuais de alto risco nos últimos 12 meses:	
Características sociodemográficas	Percentagem que teve relações sexuais de alto risco nos últimos 12 meses[1]	Efectivo	Percentagem que usou um preservativo durante a última relação sexual de alto risco	Efectivo
Grupo etário				
15-19	47,8	225	54,0	107
15-17	52,6	89	(64,4)	47
18-19	44,6	136	45,9	61
20-24	22,3	388	54,9	86
20-22	26,3	243	58,3	64
23-24	15,5	145	(45,1)	22
Estado civil				
Solteiro	95,0	175	55,3	167
Foi casado/viveu em união	6,2	437	(48,4)	27
Conhece um lugar onde procurar preservativo[2]				
Sim	34,3	529	55,8	181
Não	14,7	83	*	12
Meio de residência				
Urbano	39,9	308	60,5	123
Rural	23,2	305	43,7	71
Região				
Regiao Centro	35,3	371	58,2	131
Regiao Sul	18,8	72	*	14
Regiao Norte	27,5	140	38,3	38
Regiao do Principe	(36,0)	29	*	11
Nível de instrução				
Nenhum	*	23	*	1
Primário	19,8	325	41,7	64
Secundário ou mais	48,7	264	61,0	129
Quintil de bem-estar económico				
O mais pobre	17,8	110	*	20
Segundo	22,0	132	(43,9)	29
Médio	20,4	113	*	23
Quarto	36,7	134	(60,2)	49
O mais rico	58,9	124	58,8	73
Total 15-24	31,6	613	54,4	194

[1] Relações sexuais com um parceiro não conjugal e não cohabitante.
[2] Neste quadro, as respostas tais como « amigos », « familiares » e « em casa » não são consideradas como fonte de obtenção de preservativo.
( ) Caso de efectivos não ponderados entre 25 e 49.
* Caso de efectivos não ponderados inferiores a 25.

O quadro 14.18.2, refere-se aos homens e apresenta as mesmas informações que o quadro precedente. Uma proporção muito mais elevada de homens, teve relações sexuais de alto risco (84%) e excepto os homens que já viveram em união (26%) e os do grupo etário 23-24 anos (58%), a proporção ultrapassa os 75% em todos os outros grupos. Entre os homens que tiveram relações sexuais de risco, 64% usou o preservativo durante as últimas relações sexuais de alto risco. É entre os jovens de 18-19 anos e os que vivem no quintil mais rico que a taxa de utilização do preservativo foi mais elevada (72% nos dois casos).

Quadro 14.18.2 Relações sexuais de alto risco entre os jovens e uso do preservativo durante a última relação sexual de alto risco nos últimos 12 meses: Homens

Entre os homens de 15-24 anos que tiveram relações sexuais nos últimos 12 meses, percentagem que teve relações sexuais de alto risco nos últimos 12 meses, e entre esses homens, percentagem que usou um preservativo durante a última relação sexual de alto risco, por algumas caracteristicas sociodemográficas, IDS São Tome e Principe 2008-2009

	Homens jovens de 15-24 anos que tiveram relações sexuais nos últimos 12 meses:		Homens jovens de 15-24 anos que tiveram relações sexuais de alto risco nos últimos 12 meses:	
Características sociodemográficas	Percentagem que teve relações sexuais de alto risco nos últimos 12 meses[1]	Efectivo	Percentagem que usou um preservativo durante a última relação sexual de alto risco	Efectivo
Grupo etário				
15-19	97,0	214	65,4	208
15-17	99,1	88	56,6	87
18-19	95,6	127	71,8	121
20-24	74,3	288	61,8	214
20-22	86,4	167	60,9	144
23-24	57,8	121	63,6	70
Estado civil				
Solteiro	98,0	404	64,5	396
Foi casado/viveu em união	26,1	98	(48,9)	26
Conhece um lugar onde procurar preservativo[2]				
Sim	83,8	487	63,5	408
Não	*	15	*	14
Meio de residência				
Urbano	87,6	267	63,9	234
Rural	80,0	235	63,3	188
Região				
Regiao Centro	85,5	301	62,4	258
Regiao Sul	81,7	59	62,6	48
Regiao Norte	81,5	119	64,8	97
Regiao do Principe	(83,2)	22	(77,1)	19
Nível de instrução				
Nenhum	*	5	*	2
Primário	82,0	254	58,7	208
Secundário ou mais	87,1	243	68,5	211
Quintil de bem-estar económico				
O mais pobre	79,4	106	63,0	84
Segundo	78,0	83	57,6	65
Médio	84,0	91	65,6	76
Quarto	82,9	85	52,6	71
O mais rico	92,0	136	72,1	125
Total 15-24	84,0	502	63,6	422

[1] Relações sexuais com um parceiro não conjugal e não cohabitante.
[2] Neste quadro, as respostas tais como « amigos », « familiares » e « em casa » não são consideradas como fonte de obtenção de preservativo.
( ) Caso de efectivos não ponderados entre 25 e 49.
* Caso de efectivos não ponderados inferiores a 25.

O facto de uma mulher jovem ter relações sexuais com um homem muito mais velho do que ela e que tem por conseguinte mais probabilidade de estar infectado, aumenta o seu risco de contrair o VIH/sida. O quadro 14.19 apresenta as proporções de mulheres jovens de 15-19 anos e de 15-24 anos que tiveram relações sexuais de alto risco com um homem mais velho de 10 ou mais anos. Entre as mulheres de 15-19 anos, esta proporção é de 7% e entre as de 15-24 anos, a proporção é de 6%.

Quadro 14.19 Diferença de idade entre parceiros sexuais nas mulheres adolescentes de 15-19 anos

Percentagem de mulheres adolescentes de 15-19 anos que tiveram relações sexuais de alto risco nos últimos 12 meses com homens mais idosos que elas de 10 anos ou mais, e percentagem de de 15-24 anos que tiveram relações sexuais de alto risco nos últimos 12 meses com homens mais idosos que elas de 10 anos ou mais, por algumas caracteristicas sociodemográficas, IDS São Tome e Principe 2008-2009

Características sociodemográficas	Percentagem de mulheres que tiveram relações sexuais de alto risco[1] com homens mais idosos que elas de 10 anos ou mais	Efectivo de de mulheres que tiveram relações sexuais de alto risco nos últimos 12 meses
Grupo etário		
15-17	(10,2)	47
18-19	3,9	61
Estado civil		
Solteiro	3,9	100
Foi casado/viveu em união	*	7
Conhece um lugar onde procurar preservativo[2]		
Sim	7,0	101
Não	*	6
Meio de residência		
Urbano	10,3	69
Rural	(0,0)	38
Região		
Regiao Centro	7,5	69
Regiao Sul	*	8
Regiao Norte	*	23
Regiao do Principe	*	7
Nível de instrução		
Nenhum	*	1
Primário	(7,6)	39
Secundário ou mais	6,1	68
Quintil de bem-estar económico		
O mais pobre	*	10
Segundo	*	17
Médio	*	10
Quarto	(13,0)	32
O mais rico	(5,7)	38
Total 15-19	6,6	107
Totsl 15-24	5,6	194

[1] Relações sexuais com um parceiro não conjugal e não cohabitante.
[2] Neste quadro, as respostas tais como « amigos », « familiares » e « em casa » não são consideradas como fonte de obtenção de preservativo.
( ) Caso de efectivos não ponderados entre 25 e 49.
* Caso de efectivos não ponderados inferiores a 25.

O quadro 14.20 apresenta, entre as mulheres jovens e os homens jovens de 15-24 anos que tiveram relações sexuais, aquelas e aqueles que fizeram um teste do VIH durante os últimos 12 meses e que tiveram conhecimento do resultado. Nota-se que 42% das mulheres jovens e uma percentagem mais baixa de homens jovens (21%) conhecem o seu estatuto serológico recente em relação ao VIH. Nas mulheres, os resultados segundo a idade mostram variações muito irregulares. Contudo, é no grupo de idade de 22-24 anos que se regista a maior percentagem (52%) das que fizeram recentemente um teste do VIH e que receberam o resultado. Do lado oposto, é entre as mulheres de 18-19 anos que a percentagem é mais fraca (30%). Nos homens, os resultados segundo a idade, mostram uma tendência: a proporção dos que efectuaram recentemente um teste do VIH e que conhecem o resultado, aumenta com a idade, sendo de 5% no grupo 15-17 anos, para 28% no grupo 23-24 anos. Além disso, constata-se que as mulheres e os homens que casados ou que viveram em união conhecem mais frequentemente o seu estatuto serológico recente do que os solteiros (45% e 35% contra 19% e 27% respectivamente). Também, as mulheres e os homens do meio urbano fizeram mais frequentemente um teste do VIH e receberam os resultados, do que

os homens e as mulheres do meio rural (45% e 21% respectivamente contra 39% e 20%). No que se refere às regiões, nota-se que são as mulheres da região Centro (46%) e os homens da região Sul (27%) os que proporcionalmente em maior número fizeram recentemente um teste de VIH e conheceram o resultado. Notam-se também, entre as mulheres, variações em função do nível de instrução. Com efeito, 46% das mulheres com pelo menos o nível secundário receberam os resultados do seu último teste efectuado durante os últimos 12 meses, em comparação com 40% entre as mulheres habilitadas do nível primário. Finalmente, os resultados não mostram nenhuma tendência em função do nível de bem-estar económico do agregado. Nas mulheres, é no entanto nos agregados mais ricos que a proporção das que fizeram um teste do VIH nos últimos 12 meses e de que receberam os resultados, é a mais elevada (46%). Nos homens, é no quarto quintil que esta proporção é a mais elevada (26%).

Quadro 14.20 Teste recente do VIH entre os jovens

Entre as jovens mulheres e homens de 15-24 anos que tiveram relações sexuais nos últimos 12 meses, percentagem que fez um teste do VIH nos últimos 12 meses e que recebeu o resultado do teste, por algumas caracteristicas sociodemográficas, IDS São Tome e Principe 2008-2009

	Mulheres		Homens	
Características sociodemográficas	Percentagem que fez um teste do VIH e que recebeu o resultado do teste nos últimos 12 meses	Efectivo	Percentagem que fez um teste do VIH e que recebeu o resultado do teste nos últimos 12 meses	Efectivo
Grupo etário				
15-19	31,4	225	12,0	214
15-17	33,9	89	4,7	88
18-19	29,8	136	17,0	127
20-24	48,4	388	26,9	288
20-22	52,0	243	26,2	167
23-24	42,5	145	27,9	121
Estado civil				
Solteiro	34,7	175	19,1	404
Foi casado/viveu em união	45,2	437	26,5	98
Conhece um lugar onde procurar preservativo[1]				
Sim	43,3	529	20,7	487
Não	*	*	*	15
Meio de residência				
Urbano	45,1	308	21,1	267
Rural	39,2	305	19,9	235
Região				
Regiao Centro	45,5	371	18,0	301
Regiao Sul	30,1	72	27,1	59
Regiao Norte	39,0	140	21,9	119
Regiao do Principe	(45,7)	29	(30,1)	22
Nível de instrução				
Nenhum	*	23	*	5
Primário	39,6	325	21,6	254
Secundário ou mais	45,6	264	19,6	243
Quintil de bem-estar económico				
O mais pobre	39,1	110	17,4	106
Segundo	44,3	132	23,5	83
Médio	42,5	113	13,9	91
Quarto	39,2	134	25,6	85
O mais rico	45,7	124	22,3	136
Total 15-24	42,2	613	20,5	502

[1] Neste quadro, as respostas tais como « amigos », « familiares » e « em casa » não são consideradas como fonte de obtenção de preservativo.
( ) Caso de efectivos não ponderados entre 25 e 49.
* Caso de efectivos não ponderados inferiores a 25.

PREVALÊNCIA DO VIH E FACTORES ASSOCIADOS 15

15.1 INTRODUÇÃO

Este capítulo apresenta as informações relativas à cobertura do teste do VIH entre os homens e as mulheres elegíveis, a prevalência do VIH entre as pessoas entrevistadas e submetidas ao teste do VIH, bem como os factores associados à infecção. A infecção do VIH constitui um problema de saúde pública tendo um impacto negativo no desenvolvimento socioeconómico dos países.

Foi em 1990 que o primeiro caso clínico de sida foi diagnosticado em São Tomé e Princípe. Em 2008, ou seja 18 anos após o diagnóstico clínico do primeiro caso, o número acumulado de notificados ascendia à 352 casos. O modo de transmissão principal é o sexual, pois 92% dos casos acumulados declarados ter-se-iam infectado por esta via, 1,7% dever-se-iam à transmissão vertical (mãe-criança) e por ultimo 7% pela via da transfusão sanguínea. Entre 1991 e 1996, os dados de vigilância sentinela do VIH indicaram uma seroprevalência para o VIH em mulheres grávidas bastante flutuante nos sítios de vigilância sentinela entre 1% e 12% (2.2% em 1991, 5.7% em 1994, de 12% em 1995 e 6% em 1996) testemunho de uma flutuação dos métodos de inquéritos e os testes diagnóstico da infecção. De 2001 para 2005, os dados de seroprevalência indicaram taxas mais baixas que vão de 0.1% para 1,5%.

É importante notar que entre os doadores de sangue a seroprevalencia para o VIH é alevada (2.5% em 2004 e 2, 05% em 2008).

15.2 PROTOCOLO DO TESTE DO VIH

15.2.1 Objectivo do teste do VIH

A realização do teste tinha como objectivo de estimar a prevalência da pandemia no seio da população geral de idade 15-49 anos. A desagregação do indicador segundo as características sociodemográficas dos entrevistados permitirá aos decisores e aos gestores de programas de conhecer melhor a epidemia do VIH, a fim de lutar eficazmente contra a doença em STP. Ainda, permitirá identificar os sub-grupos menos contaminados e mais contaminados para uma intervenção mais focalizada.

15.2.2 Teste do VIH

O teste do VIH foi feito em todos os agregados da amostra. Todas as mulheres de 15-49 anos e todos os homens de 15-59 anos foram elegíveis para o teste do VIH.

As amostras de sangue foram recolhidas junto de todos os homens e todas as mulheres elegíveis que aceitaram voluntariamente ser submetidos ao teste. O protocolo para a despistagem do VIH é baseado no protocolo anónimo relacionado, desenvolvido pelo projecto DHS e aprovado pelo Comité de Ética (*Internal Review Board*) de Macro International. Segundo o protocolo, nenhum nome ou outra característica individual ou geográfica que permite identificar um indivíduo pode estar relacionado com a amostra de sangue. O Comité de Ética, após exame e decisão, aprovou o protocolo anónimo relacionado específico ao IDS-STP e a versão final da declaração de consentimento esclarecido e voluntário para o teste.

Visto que os testes do VIH são anónimos, não foi possível informar os participantes do resultado do seu teste. Todavia, às pessoas elegíveis que aceitaram ou não de fazer o teste, foi remetido um cartão de referência para obter aconselhamentos e testes gratuitos no laboratório do Hospital Ayres Menezes.

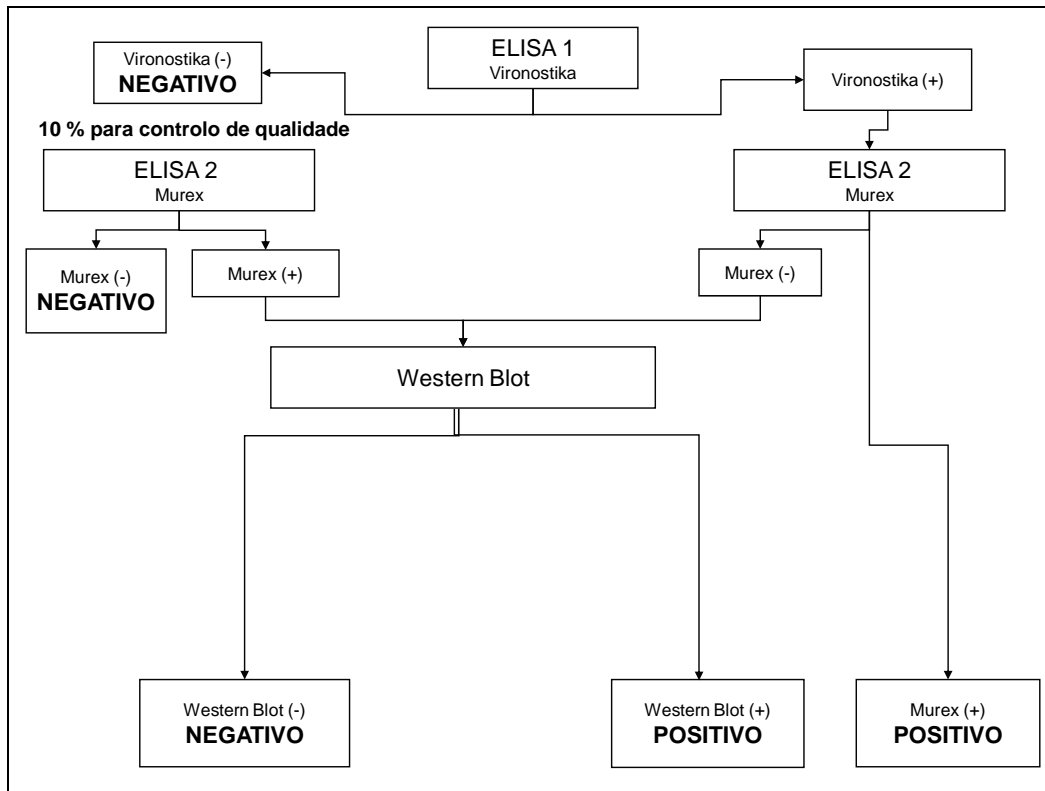
Para a colheita de sangue junto das pessoas elegíveis, cada equipa de terreno era constituída por pelo menos um inquiridor/agente de saúde especialmente encarregue da colheita de sangue para os testes de VIH, hepatite B e anemia. Além da formação dos inquiridores, esses agentes de saúde tinham recebido uma formação especial sobre todos os aspectos dos protocolos dos testes de anemia, de hepatite B e do VIH. Para cada pessoa elegível, o agente procurou em primeiro lugar, obter o seu consentimento informado, após lhe ter explicado os procedimentos da colheita, a confidencialidade e o anonimato do teste. Para as mulheres e os homens que aceitaram fazer os testes, o agente de saúde, em conformidade com todas as precauções de higiene e de segurança recomendadas, procedeu à recolha de algumas gotas de sangue num papel filtro seco. De seguida, uma etiqueta de código de barras foi colada no papel filtro da amostra de sangue. Uma secunda etiqueta do mesmo código de barras foi colada no questionário agregado familiar, no espaço onde consta o consentimento da pessoa elegível, e uma terceira etiqueta de código de barras, com o mesmo código foi colada na ficha de transmissão das amostras de sangue. As gotas de sangue no papel filtro foram secadas durante 24 horas no mínimo, numa caixa de secagem, contendo dissecadores para absorver a humidade. No dia seguinte, cada amostra foi colocada num pequeno saco de plástico impermeável e fechado de forma hermética.

Para se assegurar da boa conservação das amostras, dissecadores e um indicador de humidade foram colocados no saquinho. Os saquinhos individuais foram assim conservados a seco em arcas, até o reencaminho no gabinete central do projecto IDS-STP, nos locais do Instituto Nacional de Estatística (INE) em São Tome. Ao chegar ao INE, as amostras de sangue foram de imediato conferidas e sempre em conservação nas arcas, antes do registo e da transmissão para o Hospital Ayres Menezes (LHAM).

Os trabalhos de extracção e análise das amostras de sangue no laboratório não foram realizados de imediato após a recepção. Tinha de esperar o desarranjo dos dados do inquérito e a destruição física dos questionários. O desarranjo consiste em suprimir do ficheiro informático os identificadores geográficos dos distritos (distritos de enumeração) e todas as informações susceptíveis de identificar as pessoas. Durante este tempo, as amostras foram conservadas no laboratório a -20 graus célsius. Os testes de anticorpos anti-VIH e a restituição dos resultados foram feitos pelo LHAM que é o laboratório de referência em matéria de VIH em STP. Relativamente aos procedimentos de teste no laboratório, as gotas de sangue seco em papel filtro foram perfuradas, utilizando um perfurador. As rodelas de papel filtro de 6 mm de diâmetro aproximadamente foram de seguida imersas numa solução PBS de 150 microlitros por rodela para a eluição do soro. De seguida, o LHAM procedeu à análise das amostras segundo o algoritmo abaixo descrito.

15.2.3 Despistagem e confirmação

O algoritmo utilizado (gráfico 15.1) consiste em testar todas as amostras com um primeiro teste ELISA (Vironostika® HIV Uni-Form II plus O), segundo o protocolo fornecido pelo fabricante. As amostras identificadas positivas para o primeiro teste ELISA, bem como 10% das negativas foram analisadas, utilizando um segundo ELISA (Murex® 1.2.0). Todas as amostras positivas para os dois testes ELISA foram reportadas positivas. Todas as amostras discordantes para os dois testes ELISA foram testadas de novo utilizando os dois ELISA. Todas as amostras que se revelaram discordantes foram confirmadas por Western Blot.

Gráfico 15.1 Algoritmo de despistagem do VIH

15.2.4 Tratamento informático

Um programa informático em CSPro desenvolvido por Macro Internacional e adaptado ao algoritmo utilizado, foi fornecido ao LHAR para o tratamento dos resultados dos testes. Os responsáveis do LHAR forneceram regularmente à equipa técnica do projecto IDS-STP, os resultados de modo a seguir o desenrolamento dos testes e identificar eventuais anomalias. Concernente a restituição dos resultados, cada amostra de sangue transmitida ao LHAR foi identificada por códigos de barras. È este único código que foi scanneado no programa CSPro e directamente relacionado com o resultado dos testes. Esse ficheiro confidencial ficou sob a responsabilidade do LHAR até o fim da análise de todas as amostras de sangue. De seguida, esse ficheiro foi associado ao ficheiro do inquérito, utilizando os códigos de barra de modo a poder analisar os dados de prevalência, em função das informações recolhidas durante o inquérito. De lembrar que anteriormente, todas as variáveis de identificação dos indivíduos foram desordenadas no ficheiro do inquérito de modo a preservar o anonimato associado aos dados do inquérito.

15.3 COBERTURA DO TESTE DO VIH

O IDS-STP 2008-2009 foi realizado na totalidade do país (meio urbano e meio rural). O quadro 15.1 apresenta a cobertura do teste do VIH nas mulheres de 15-49 anos e nos homens de 15-49 anos, segundo o meio de residência, bem como os resultados sobre as razões para as quais a colheita de sangue não foi feita para algumas pessoas elegíveis.

Globalmente, 79% das pessoas elegíveis para o teste do VIH foram entrevistadas e deram sangue que foi analisado para determinar a prevalência do VIH. Essa taxa de cobertura é principalmente relacionada com a taxa de resposta à entrevista. Com efeito, 18% das pessoas não foram testadas porque não foram inquiridas e somente 3% foram entrevistadas, mas não foi possível dispor de uma amostra de sangue para o teste do VIH por diferentes razões: recusa (2,5%), ausência no momento da colheita de sangue (0,2%) e problemas logísticos e técnicos no momento da recolha do sangue ou no momento do teste (0,7%).

Quadro 15.1 Cobertura do teste do VIH segundo o meio de residência

Distribuição percentual de mulheres e homens de 15-59 anos elegíveis para o teste do VIH segundo que fizeram ou não o teste, por meio de residência, e região de residência (efectivos não ponderados), IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

	Cobertura do teste do VIH									
	Sangue recolhido[1]		Recusa do teste		Ausente no momento da recolha do sangue		Outro/Sem informação[2]			
Características sociodemográficas	Entre-vistados	Não entre-vistados	Entre-vistados	Não entre-vistados	Entre-vistados	Não entre-vistados	Entre-vistados	Não entre-vistados	Total	Efectivo
MULHERES										
Meio de residência										
Urbano	86,8	2,2	2,0	3,3	0,1	3,7	0,8	1,0	100,0	1 307
Rural	88,1	2,2	1,1	2,2	0,1	5,6	0,5	0,2	100,0	1 606
Região										
Região Centro	87,2	1,4	2,0	3,3	0,0	4,2	1,1	0,9	100,0	1 036
Região Sul	95,2	2,1	0,6	1,4	0,0	0,2	0,2	0,5	100,0	663
Região Norte	78,8	2,5	2,1	3,7	0,3	11,3	0,9	0,5	100,0	763
Região do Príncipe	92,0	3,8	0,7	1,8	0,0	1,8	0,0	0,0	100,0	451
Total	87,5	2,2	1,5	2,7	0,1	4,8	0,7	0,5	100,0	2 913
HOMENS										
Meio de residência										
Urbano	70,7	1,8	4,0	8,2	0,3	11,8	0,6	2,5	100,0	1 235
Rural	71,0	1,4	3,0	6,4	0,3	16,2	0,8	0,9	100,0	1 812
Região										
Região Centro	66,3	0,9	3,3	7,6	1,0	16,1	1,5	3,4	100,0	921
Região Sul	88,1	0,8	2,5	5,6	0,0	1,6	0,3	1,1	100,0	730
Região Norte	52,4	1,8	5,2	10,8	0,1	28,4	0,4	0,8	100,0	897
Região do Príncipe	87,4	3,6	1,8	1,8	0,0	4,8	0,4	0,2	100,0	499
Total	70,9	1,6	3,4	7,1	0,3	14,4	0,7	1,5	100,0	3 047
TOTAL										
Meio de residência										
Urbano	79,0	2,0	3,0	5,7	0,2	7,7	0,7	1,7	100,0	2 542
Rural	79,1	1,8	2,1	4,4	0,2	11,2	0,6	0,6	100,0	3 418
Região										
Região Centro	77,4	1,1	2,6	5,3	0,5	9,8	1,3	2,0	100,0	1 957
Região Sul	91,5	1,4	1,6	3,6	0,0	0,9	0,2	0,8	100,0	1 393
Região Norte	64,5	2,1	3,8	7,5	0,2	20,5	0,7	0,7	100,0	1 660
Região do Príncipe	89,6	3,7	1,3	1,8	0,0	3,4	0,2	0,1	100,0	950
Total	79,0	1,9	2,5	5,0	0,2	9,7	0,7	1,1	100,0	5 960

[1] Inclui recolha de amostras de sangue seco, testadas no laboratório e para as quais o resultado é disponível, quer é positivo, negativo ou indeterminado. Indeterminado significa que a recolha foi submetida a todos os testes conforme o algoritmo, mas o resultado não foi concludente.
[2] Inclui: 1) outros resultados da colheita de sangue (tais como os problemas técnicos de terreno), 2) perdas de amostras, 3) código de barras não correspondente e 4) outros resultados do laboratório como sangue não testado por razões técnicas, sangue em quantidade insuficiente para completar o algoritmo, etc.

A taxa de cobertura é mais elevada nas mulheres (88%) do que nos homens (71%). Segundo as regiões, constata-se que é na Região Norte que a taxa de cobertura é mais baixa (65%) e no oposto é na Região Sul que é mais elevada (92%). Essa variação observa-se igualmente em função do sexo, sendo respectivamente de 79% para 95% entre as mulheres, e 52% para 88% entre os homens. Segundo os meios de residência urbano e rural, a taxa de cobertura é praticamente a mesma.

O quadro 15.2 apresenta as taxas de cobertura do teste do VIH entre as mulheres e os homens, por características sociodemográficas.

Quadro 15.2 Cobertura do teste do VIH segundo algumas características sociodemográficas

Distribuição percentual de mulheres e homens de 15-59 anos elegíveis para o teste do VIH segundo que fizeram o teste ou não, por algumas características sociodemográficas (efectivos não ponderados), IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

	Cobertura do teste									
	Sangue recolhido[1]		Recusa do teste		Ausente no momento da recolha do sangue		Outro/Sem informação[2]			
Características sociodemográficas	Entre-vistados	Não entre-vistados	Entre-vistados	Não entre-vistados	Entre-vistados	Não entre-vistados	Entre-vistados	Não entre-vistados	Total	Efectivo
MULHERES										
Grupo etário										
15-19	83,4	1,9	1,9	2,6	0,2	8,2	1,0	1,0	100,0	625
20-24	87,5	2,8	0,8	4,0	0,0	4,4	0,6	0,0	100,0	503
25-29	89,1	2,5	1,2	1,6	0,2	3,7	0,8	0,8	100,0	488
30-34	90,2	2,3	1,4	3,0	0,0	2,1	0,5	0,5	100,0	428
25-39	86,6	2,8	1,3	2,8	0,0	5,3	0,6	0,6	100,0	320
40-44	89,6	1,9	2,8	2,2	0,0	3,2	0,0	0,3	100,0	317
45-49	89,2	0,4	1,3	2,6	0,0	5,2	0,9	0,4	100,0	232
Nível de instrução										
Nenhum	77,6	8,9	2,3	3,3	0,0	4,2	1,4	2,3	100,0	214
Primário	88,8	1,9	1,6	2,6	0,1	4,3	0,6	0,2	100,0	1 806
Secundário ou mais	87,4	1,2	1,2	2,7	0,0	5,9	0,7	0,8	100,0	892
Quintil de bem-estar económico										
O mais pobre	87,4	2,6	1,7	2,6	0,0	4,4	0,5	0,9	100,0	585
Segundo	88,7	2,8	1,0	2,3	0,2	3,8	1,0	0,3	100,0	609
Médio	88,3	1,4	1,4	2,4	0,0	5,7	0,5	0,3	100,0	579
Quarto	84,9	3,2	1,7	3,0	0,0	5,9	0,5	0,8	100,0	629
O mais rico	88,8	0,8	1,8	3,3	0,2	3,9	0,8	0,4	100,0	511
Total	87,5	2,2	1,5	2,7	0,1	4,8	0,7	0,5	100,0	2 913
HOMENS										
Grupo etário										
15-19	68,0	2,6	2,3	8,9	0,4	16,1	1,0	0,6	100,0	694
20-24	64,9	2,3	4,6	8,7	0,2	17,0	0,8	1,5	100,0	482
25-29	72,6	1,0	3,5	7,4	0,7	12,8	0,5	1,5	100,0	405
30-34	71,4	1,3	4,8	5,8	0,0	13,7	1,3	1,8	100,0	395
25-39	74,8	0,7	3,6	4,3	0,3	13,9	0,3	2,0	100,0	302
40-44	71,6	1,1	2,2	6,1	0,0	14,7	0,7	3,6	100,0	278
45-49	77,7	0,5	3,3	5,7	0,5	11,4	0,0	0,9	100,0	211
50-54	71,3	1,8	3,7	7,9	0,6	11,6	0,6	2,4	100,0	164
55-59	80,2	0,9	2,6	4,3	0,0	11,2	0,0	0,9	100,0	116
Nível de instrução										
Nenhum	47,2	7,9	2,2	13,5	0,0	18,0	0,0	11,2	100,0	89
Primário	72,1	1,2	2,9	7,5	0,5	14,0	0,8	1,1	100,0	1 863
Secundário ou mais	70,8	1,6	4,4	5,9	0,1	14,8	0,7	1,6	100,0	1 094
Quintil de bem-estar económico										
O mais pobre	73,6	2,0	2,3	8,2	0,6	11,3	0,6	1,5	100,0	662
Segundo	70,4	1,1	3,5	7,0	0,2	16,6	0,5	0,9	100,0	658
Médio	73,2	0,3	2,0	7,6	0,3	14,1	0,5	2,0	100,0	645
Quarto	68,1	2,8	4,8	5,8	0,0	16,7	0,8	1,0	100,0	605
O mais rico	68,3	1,9	5,0	6,9	0,6	13,2	1,5	2,5	100,0	477
Total	70,9	1,6	3,4	7,1	0,3	14,4	0,7	1,5	100,0	3 047

[1] Inclui recolha de amostras de sangue seco, testadas no laboratório e para as quais o resultado é disponível, quer é positivo, negativo ou indeterminado. Indeterminado significa que a recolha foi submetida a todos os testes conforme o algoritmo, mas o resultado não foi concludente.
[2] Inclui: 1) outros resultados da colheita de sangue (tais como os problemas técnicos de terreno), 2) perdas de amostras, 3) código de barras não correspondente e 4) outros resultados do laboratório como sangue não testado por razões técnicas, sangue em quantidade insuficiente para completar o algoritmo, etc.

De modo geral, segundo a idade, as taxas de cobertura do teste do VIH não apresentam uma tendência clara. Todavia, qualquer que seja o grupo etário, as taxas de cobertura foram mais elevadas nas mulheres do que nos homens. Nas mulheres de 15-49 anos, as proporções de mulheres entrevistadas e para as quais o sangue foi testado variam de um mínimo de 83% na faixa 15-19 anos a um máximo de 90% na faixa 30-34 anos, enquanto nos homens de 15-59 anos, as proporções oscilam de maneira irregular, passando de um mínimo de 65% no grupo 20-24 anos a um máximo de 80% no grupo 50-54 anos.

Essa taxa de cobertura mais elevada nas mulheres do que nos homens observa-se igualmente qualquer que seja o nível de instrução considerado. Nota-se que os níveis mais baixos foram observados entre as mulheres e os homens sem instrução (78 % nas mulheres e somente 47% nos homens).

No que concerne o índice de bem-estar económico, não se observa variações importantes entre as mulheres e os homens pertencentes aos agregados dos quatro primeiros quintis. Nas mulheres, a taxa varia entre 85% e 89% e nos homens situa-se entre 68% e 74%.

15.4 PREVALÊNCIA DO VIH

Segundo os resultados do IDS-STP 2008-2009, a prevalência da infecção do VIH na população de 15-49 anos é de 1,5% (quadro 15.3). A prevalência é de 1,3% nas mulheres de 15-49 anos e de 1,7% nos homens do mesmo grupo etário. Resulta das duas taxas, um rácio de infecção entre as mulheres e os homens de 0,77 ou seja existe 77 mulheres infectadas para 100 homens infectados. Esses valores não são comparáveis com outros rácios provenientes de inquéritos similares realizados em África subsaariana onde as mulheres são significativamente mais vulneráveis ao VIH do que os homens: IDS Uganda (1,50), Ruanda (1,57), Camarões (1,66) e República Centro Africana (1,81). Todavia, é de notar que a amostra do inquérito de STP é relativamente mais pequena que as amostras dos inquéritos dos outros países.

15.4.1 Prevalência do VIH segundo algumas características socioeconómicas e sociodemográficas

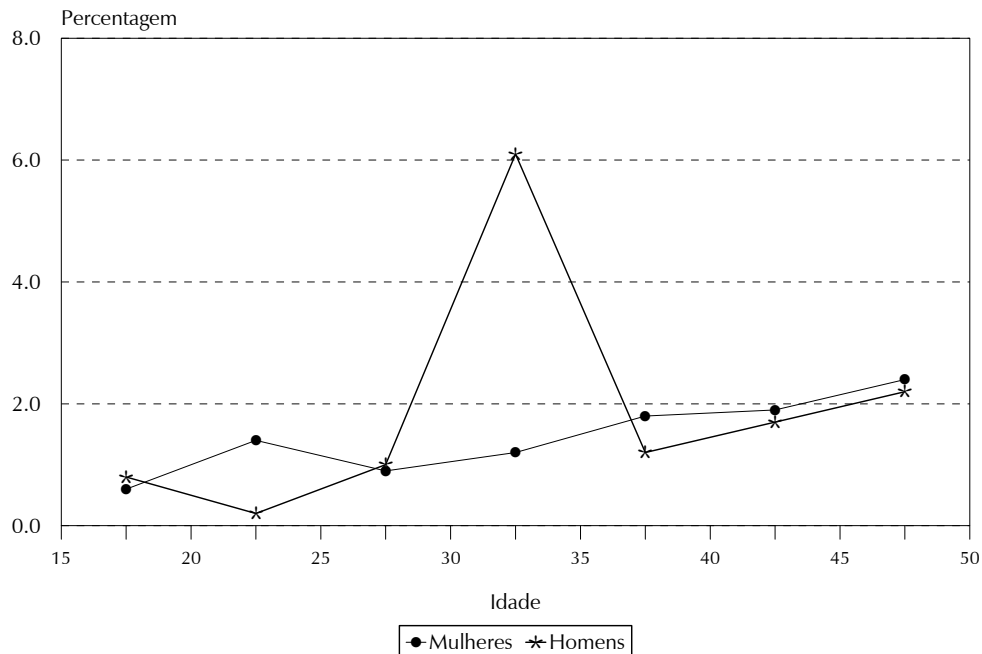
Se consideramos a idade das pessoas elegíveis (quadro 15.3 e gráfico 15.2), não se depara no geral uma tendência clara da prevalência do VIH. As proporções variam de 0,7% no grupo 15-19 anos para 3,4% no grupo 30-34 anos. Entre as mulheres, as taxas de prevalência do VIH oscilam de um mínimo de 0,6% na faixa 15-19 anos a um máximo de 2,4% no grupo 45-49 anos. Entre os homens, o nível mais baixo observado é no grupo 20-24 anos que apresenta uma prevalência de 0,2% e o nível mais elevado observado é de 6,1% no grupo 30-34 anos.

Quadro 15.3 Prevalência do VIH segundo a idade

Entre as mulheres de 15-49 anos e os homens de 15-59 anos (população de facto) que foram entrevistados e que fizeram o teste do VIH, percentagem que são VIH positivos, segundo a idade, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

Grupo etário	Mulheres		Homens		Total	
	Percentagem de positivos VIH-1	Efectivo	Percentagem de positivos VIH-1	Efectivo	Percentagem de positivos VIH-1	Efectivo
15-19	0,6	497	0,8	576	0,7	1 073
20-24	1,4	421	0,2	351	0,9	772
25-29	0,9	413	1,0	295	1,0	708
30-34	1,2	363	6,1	302	3,4	665
25-39	1,8	238	1,2	234	1,5	472
40-44	1,9	255	1,7	183	1,8	437
45-49	2,4	192	2,2	171	2,3	362
Total 15-49	1,3	2 378	1,7	2 110	1,5	4 488
Homens 50-59	na	na	2,4	222	na	na
Total 15-59	na	na	1,8	2 332	na	na

na = Não se aplica

Gráfico 15.2 Prevalência do VIH por sexo e idade

O quadro 15.4 apresenta os resultados da prevalência do VIH segundo algumas características socioeconómicas. O quadro mostra uma prevalência mais elevada no meio rural do que no meio urbano (2,2 % contra 0,8 %). Essa diferença entre os dois meios de residência observa-se qualquer que seja o sexo: 2,1 % contra 0,6 % entre as mulheres e 2,4 % contra 1,1 % entre os homens.

Segundo a religião, os resultados mostram que a prevalência do VIH é de 1,5% nos católicos que representam mais da metade da população (1,4 % nas mulheres e 1,6 % nos homens). Essas percentagens são muito próximas das observadas a nível nacional. Para as outras religiões, as taxas de prevalência entre as mulheres são baixas: 0,3% entre as neo-apostólicas, e 0,8 % entre as evangelistas. Enquanto nos homens, as taxas variam de um mínimo de 0,1% nos evangelistas a 4,6% nos neo-evangelistas.

Os resultados por nível de instrução deixam aparecer uma prevalência mais elevada registada entre as pessoas sem instrução (3,8%). Mas, esses resultados devem ser interpretados com cautela visto que os efectivos utilizados como denominadores para o cálculo das taxas de prevalência são relativamente pequenos, comparando com os efectivos dos níveis de instrução primário ou secundário e mais. Demais, consta-se que as taxas de infecção do VIH é mais elevada entre as pessoas que exerciam um trabalho no momento do inquérito (1,7%) do que entre as que estavam desempregadas (1,1%). Esse facto, é observado para ambos os sexos, embora mais acentuado nos homens: respectivamente 1,9 % contra 0,9 % e 1,3 % contra 1,2 % nas mulheres.

Em função do quintil de bem-estar económico, nota-se algumas diferenças. Com efeito, na população geral, o quintil mais pobre apresenta a taxa de prevalência mais elevada (2%), seguido do quintil mais rico (1,5%). O mesmo se observa nos homens (respectivamente 2,7% e 2,5%). Entre as mulheres, o segundo quintil apresenta a taxa mais elevada (1,7%), seguido do quarto quintil (1,5%).

Em relação às regiões, nota-se igualmente diferenças. Com efeito, a região do Príncipe e a região Norte se caracterizam pelos níveis mais elevados de prevalência (respectivamente 2,2 % e 2,0 %). O nível de prevalência mais baixo é na Região Sul (1%). Segundo o sexo, os resultados mostram que entre as mulheres, a prevalência varia de um máximo de 2,7% na região do Príncipe para um mínimo de 0,8% na região Norte. Entre os homens, a prevalência mais elevada é na região Centro e na região Norte (1,8% nos dois casos) e a mais baixa na região Sul (1,2%).

Quadro 15.4 Prevalência do VIH por algumas características socioeconómicas

Percentagem de seropositivos entre as mulheres e os homens de 15-49 anos que fizeram o teste do VIH, por algumas características socioeconómicas, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

Características socioeconómicas	Mulheres		Homens		Total	
	Percentagem de positivos	Efectivo	Percentagem de positivos	Efectivo	Percentagem de positivos	Efectivo
Religião						
Católica	1,4	1 659	1,6	1 221	1,5	2 880
Evangelista	0,8	100	0,1	177	0,4	276
Adventista	0,0	89	2,4	91	1,2	180
Testemunha de Jeová	*	17	*	18	(0,0)	34
Maná	(0,0)	74	3,1	61	1,4	135
Nova Apostólica	0,3	68	4,6	128	3,1	196
Muçulmana	*	3	*	0	*	3
Não respondeu	1,2	249	1,3	339	1,3	588
Outra	3,6	101	2,2	72	3,0	173
Nível de instrução						
Nenhum	4,0	138	(2,3)	26	3,8	164
Primário	1,0	1 377	2,1	1 178	1,5	2 555
Secundário ou mais	1,4	863	1,2	906	1,3	1 769
Situação no emprego (últimos 12 meses)						
Não trabalha	1,2	1 016	0,9	320	1,1	1 337
Trabalha	1,3	1 358	1,9	1 790	1,7	3 148
Sem informação	*	3	*	0	*	3
Quintil de bem-estar económico						
O mais pobre	1,4	419	2,7	398	2,0	817
Segundo	1,7	470	1,1	420	1,4	890
Médio	1,3	433	1,3	436	1,3	869
Quarto	1,5	507	1,1	417	1,3	924
O mais rico	0,7	549	2,5	440	1,5	989
Meio de residência						
Urbano	0,6	1 303	1,1	1 023	0,8	2 326
Rural	2,1	1 075	2,4	1 087	2,2	2 162
Região						
Região Centro	1,0	1 519	1,8	1 208	1,4	2 727
Região Sul	0,8	295	1,2	288	1,0	583
Região Norte	2,2	456	1,8	506	2,0	962
Região do Príncipe	2,7	108	1,6	108	2,2	217
Total 15-49	1,3	2 378	1,7	2 110	1,5	4 488
Homens 50-59	na	na	2,4	222	2,4	222
Total dos homens 15-59	na	na	1,8	2 332	1,8	2 332

na = Não se aplica
(.) Caso de efectivos não ponderados entre 25 e 49.
* Caso de efectivos não ponderados inferiores a 25.

Os resultados da prevalência do VIH segundo algumas características sociodemográficas são apresentados no quadro 15.5. A prevalência do VIH mostra variações segundo o estado civil. É entre as pessoas separadas e divorciadas que a prevalência é mais elevada (2,0%). Entre as outras categorias, a prevalência varia de um mínimo de 0,7% entre os solteiros que iniciaram relações sexuais a um máximo 1,8% nos casados ou em união de facto.

Quadro 15.5 Prevalência do VIH por algumas características sociodemográficas

Percentagem de seropositivos entre as mulheres e os homens de 15-49 anos que fizeram o teste do VIH, por algumas características sociodemográficas, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

Características sociodemográficas	Mulheres		Homens		Total	
	Percentagem de positivos	Efectivo	Percentagem de positivos	Efectivo	Percentagem de positivos	Efectivo
Estado civil						
Solteiro	1,1	545	0,6	938	0,8	1 483
Já iniciou relações sexuais	1,4	233	0,4	578	0,7	811
Nunca teve relações sexuais	0,9	311	1,0	361	0,9	672
Casada ou em união de facto	1,3	1 578	2,4	979	1,8	2 556
Divorciado ou separado	1,5	248	2,7	188	2,0	436
viúvo	*	8	*	5	*	13
Tipo de união						
União poligâmica	2,2	386	0,0	97	1,8	483
União monogâmica	1,1	1 051	2,7	882	1,8	1 933
Não em união	1,2	800	1,1	1 132	1,1	1 932
Não sabe/sem informação	0,7	140	-	0	0,7	140
Número de vez que o entrevistado dormiu fora da casa nos últimos 12 meses						
Nunca	1,6	1 755	1,7	1 446	1,6	3 200
1-2	0,5	287	2,4	276	1,4	562
3-4	1,3	123	1,7	103	1,5	226
5+	0,2	206	1,4	271	0,9	477
Sem informação	*	7	*	15	*	22
Fora da casa por mais de um mês seguido						
Fora da casa por mais de um mês	1,1	235	2,1	284	1,7	519
Fora da casa por menos de um mês	0,2	375	1,8	354	1,0	729
Nunca fora	1,6	1 757	1,7	1 446	1,6	3 203
Sem informação	*	11	(0,0)	27	(0,0)	38
Actualmente grávida						
Grávida	1,5	204	na	na	na	na
Não grávida ou não sabe	1,3	2 174	na	na	na	na
Cuidados do pré-natal para o último filho, nos 3 últimos anos						
Cuidados do pré-natal num estabelecimento de saúde público	1,0	917	na	na	na	na
Cuidados do pré-natal, não num estabelecimento de saúde público	*	12	na	na	na	na
Nenhum cuidado pré-natal/ Nenhum filho nos últimos 3 anos	1,4	1 434	na	na	na	na
Sem informação	*	16	na	na	na	na
Total 15-49	1,3	2 378	1,7	2 110	1,5	4 488
Homens 50-59	na	na	2,4	222	na	na
Total dos homens 15-59	na	na	1,8	2 332	na	na

na = Não se aplica
(.) Caso de efectivos não ponderados entre 25 e 49.
* Caso de efectivos não ponderados inferiores a 25

À semelhança do que foi observado, o mesmo tipo de variação se nota se consideramos a diferença entre os dois sexos. De facto, entre as mulheres, 1,1% das solteiras e 1,3% das casadas ou em união de facto são seropositivas contra 1,5% das divorciadas/separadas. Nos homens, a prevalência entre os solteiros é de 0,6%, de 2,4% entre os casados/em união de facto contra 2,7% entre os divorciados ou separados. Ainda, é de notar que entre os homens solteiros, a prevalência entre os que ainda não iniciaram relações sexuais é mais do que o dobro da prevalência entre os solteiros que alguma vez tiveram relações sexuais (1,0% contra 0,4%). Isso significa que foram infectados por uma via de transmissão outra que sexual (principal via de transmissão) ou que não declararam ter tido relações sexuais. A situação é inversa entre as mulheres solteiras (respectivamente 0,9% contra 1,4%).

Além disso, segundo o tipo de união, os resultados mostram diferenças importantes, sendo a prevalência variando de 1,8% entre as pessoas em união poligâmica ou monogâmica para 1,1% entre os indivíduos não vivendo em união. As diferenças são ainda mais acentuadas entre os sexos. Nos homens, a prevalência é mais baixa nas uniões poligâmicas (0,0%) do que nas uniões monogâmicas (2,7%). Ao contrário, entre as mulheres, a prevalência é o dobro entre as vivendo em união poligâmica (2,2%) do que entre as mulheres em união monogâmica (1,1%).

Segundo a duração de estadia fora do domicílio, nota-se que a proporção mais elevada de homens seropositivos é entre os que tinham passado um período superior a um mês fora do domicílio (2,1%). Nas mulheres, a prevalência mais elevada é entre as que nunca estiveram fora do domicílio (1,6%). Em função do número de vezes que o(a) entrevistado(a) dormiu fora da casa, os resultados não mostram uma tendência homogénea, tanto nos homens como nas mulheres.

Concernente o estado actual de gravidez, constata-se que a prevalência do VIH entre as mulheres grávidas é ligeiramente superior do que entre as não grávidas ou as mulheres que não estavam certas quanto ao seu estado de gravidez (1,5% contra 1,3%).

Ainda, os resultados mostram que a prevalência do VIH é de 1% entre as mulheres que tinham recebido cuidados pré-natais num estabelecimento de saúde do sector público durante a gravidez do último filho nascido, nos três anos anteriores ao inquérito, contra 1,4% entre as mulheres que não fizeram cuidados de pré-natal.

15.4.2 Prevalência do VIH segundo algumas características do comportamento sexual

Certos comportamentos sexuais constituem factores de risco que podem afectar o nível da prevalência do VIH e das IST. O quadro 15.6 apresenta a prevalência do VIH segundo certas características do comportamento sexual. Contudo, é importante lembrar que as questões do comportamento sexual são muito delicadas e, é possível que certos comportamentos de risco não tenham sido declarados durante as entrevistas. Além disso, a maioria das informações recolhidas se refere essencialmente ao comportamento nos doze últimos meses anteriores ao inquérito, podendo nem sempre reflectir o comportamento sexual anterior. Os resultados devem ser interpretados com cautela.

No geral, a prevalência do VIH entre os entrevistados que tiveram relações sexuais estima-se a 1,6%; sendo de 1,9% entre os homens e 1,4% entre as mulheres.

Segundo a idade na primeira relação sexual, constata-se nas mulheres, uma variação da prevalência de 1,8% quando a primeira relação sexual tinha acontecido antes de 16 anos para 2,1% quando aconteceu na idade de 20 anos ou mais. Ao contrário, entre os homens é nos indivíduos que iniciaram as relações sexuais antes de 16 anos que a prevalência é mais elevada (2,8%), enquanto é mais baixa quando o homem começou a vida sexual a partir de 20 anos (1,3%).

Quadro 15.6 Prevalência do VIH por algumas características do comportamento sexual

Percentagem de seropositivos entre as mulheres e os homens de 15-49 anos que já tiveram relações sexuais e que fizeram o teste do VIH, por algumas características do comportamento sexual, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

Características do comportamento sexual	Mulheres		Homens		Total	
	Percentagem de positivos	Efectivo	Percentagem de positivos	Efectivo	Percentagem de positivos	Efectivo
Idade na primeira relação sexual						
<16	1,8	492	2,8	492	2,3	984
16-17	0,6	719	1,6	539	1,0	1 258
18-19	1,9	497	1,7	422	1,8	919
20+	2,1	262	1,3	278	1,7	539
Sem informação	0,0	92	*	16	0,0	109
Relações sexuais de alto risco nos últimos 12 meses1						
Relações sexuais de alto risco	0,6	253	1,9	765	1,6	1 018
Relações sexuais, mas não de alto risco	1,5	1 597	1,8	828	1,6	2 425
Nenhuma relação sexual, nos últimos 12 meses	1,1	212	2,1	154	1,6	366
Número de parceiros sexuais nos últimos 12 meses						
0	1,2	200	0,0	136	0,7	336
1	1,4	1 828	1,9	1 245	1,6	3 074
2	*	21	2,1	294	1,9	315
3+	*	12	4,6	72	3,9	84
Número de parceiros sexuais de alto risco nos últimos 12 meses[2]						
0	1,5	1 809	1,9	982	1,6	2 791
1	0,6	243	2,4	617	1,9	860
2	*	10	(0,0)	111	0,0	121
3+	*	1	(0,0)	36	(0,0)	37
Uso do preservativo						
Alguma vez usou o preservativo	1,6	690	1,9	1 185	1,8	1 875
Nunca usou o preservativo	1,2	1 369	1,9	560	1,4	1 929
Uso do preservativo na última relação sexual nos últimos 12 meses						
Usou o preservativo	0,6	231	1,1	493	1,0	724
Não usou o preservativo	1,5	1 618	2,2	1 099	1,8	2 718
Não teve relação sexual nos últimos 12 meses	1,1	212	2,2	152	1,6	364
Uso do preservativo na última relação sexual de alto risco nos últimos 12 meses						
Usou o preservativo	0,0	124	1,8	461	1,4	585
Não usou o preservativo	1,1	129	2,1	304	1,8	433
Não teve relação sexual/relação sexual de alto risco/nos últimos 12 meses	1,5	1 809	1,9	982	1,6	2 791
Número de parceiros sexuais durante a vida						
1	0,8	920	0,9	201	0,8	1 121
2	1,2	549	0,6	210	1,0	758
3-4	2,4	420	0,2	363	1,4	783
5-9	1,7	91	2,9	337	2,6	429
10+	*	3	4,0	189	3,9	192
Total 15-49[3]	1,4	2 062	1,9	1 747	1,6	3 809
Homens 50-59	na	na	2,4	221	2,4	221
Total dos homens 15-59	na	na	1,9	1 968	1,9	1 968

[1] Ou seja relações sexuais não-conjugais ou com um parceiro não coabitante
[2] Ou seja com um parceiro sexual não-conjugal e não coabitante entre os últimos 3 parceiros, nos últimos 12 meses.
[3] Inclui 92 mulheres e 16 homens para os quais a idade na primeira relação sexual é indeterminada, 23 mulheres e 32 homens para os quais o número de parceiros sexuais nos últimos 12 meses é indeterminado, 3 mulheres e 1 homem para os quais o uso do preservativo é indeterminado, 1 mulher e 2 homens para os quais o uso do preservativo nas últimas relações sexuais é indeterminado e 80 mulheres e 447 homens para os quais o número de parceiros sexuais durante a vida é indeterminado.
na = Não se aplica
(.) Caso de poucos efectivos não ponderados

Relativamente às relações sexuais de alto risco nos últimos 12 meses, nota-se que na população geral, a prevalência do VIH é a mesma (1,6%) entre as três categorias: o(a)s entrevistado(a)s que tiveram relações sexuais de alto risco, os que tiveram relações sexuais, mas de não de alto risco, e os que não tinham tido relações sexuais nos últimos 12 meses. Nas mulheres, é entre as que tiveram relações sexuais de alto risco que a prevalência é mais baixa (0,6% contra 1,5% entre as tiveram relações sexuais, mas não de risco e 1,1% entre as que não tiveram relações sexuais). Nos homens é entre os não sexualmente activos nos 12 últimos meses que a prevalência do VIH é mais elevada (2,1% contra 1,8% entre os homens que tiveram relações sexuais, mais não de alto risco e 1,9% entre os que declararam relações sexuais de alto risco).

A prevalência aumenta com o número de parceiros sexuais nos 12 últimos meses: de 0,7% entre as pessoas que não tinham nenhum parceiro, a prevalência aumenta para 3,9% entre as pessoas que tinham pelo menos três parceiros. Entre os homens, aponta-se uma tendência muito clara entre o nível da prevalência e o número de parceiros sexuais dos 12 últimos meses: 0% entre os homens que não tiveram parceiro, 1,9% nos homens que tiveram dois parceiros e 4,6% entre os que tiveram três parceiros ou mais. Entre as mulheres, a prevalência oscila entre 1,2% nas mulheres sem nenhum parceiro, e 1,4% entre aquelas que tiveram um único parceiro. Além de um parceiro sexual, os efectivos de mulheres que tiveram relações sexuais são extremamente pequenos.

Além disso, não se verifica uma tendência nítida entre a prevalência e o número de parceiros sexuais de alto risco: com efeitos, entre as mulheres, a proporção mais elevada de seropositivas é naquelas que não tiveram relações sexuais de alto risco (1,5% contra 0,6% entre as mulheres que tiveram um parceiro sexual de alto risco). Ao invés, entre os homens, a proporção de seropositivos aumenta com o número de parceiros sexuais de alto risco: de 1,9% entre os que tiveram nenhum parceiro, para 2,4% entre os homens que tiveram um parceiro. Além de um parceiro, os efectivos, são relativamente pequenos.

Relativamente ao número de parceiros sexuais durante toda a vida, nota-se para ambos os sexos, uma tendência regular em função do número de parceiros, sendo 0,8% entre os parceiros que nunca tiveram um parceiro, 1,4% para os indivíduos que tiveram 3-4 parceiros e 3,9% quando o número de parceiros é de 10 ou mais. Em contrapartida, a tendência da prevalência em função do número de parceiros durante a vida, segundo o sexo, é irregular. Por exemplo, é entre as mulheres que tiveram 3-4 parceiros sexuais e entre os homens que tiveram pelo menos 10 parceiros que a prevalência é mais elevada (respectivamente 2,4% e 4%).

Segundo o uso do preservativo nas relações sexuais, os resultados mostram diferenças relativamente pequenas do nível da prevalência (1,8% entre as pessoas que usaram o preservativo contra 1,4% entre as pessoas que nunca o usaram). Entre as mulheres, a prevalência é de 1,6% entre aquelas que alguma vez usaram o preservativo contra 1,2% nas outras. Entre os homens a prevalência é de 1,9% nos dois casos.

Relativamente ao uso do preservativo durante as relações sexuais nos últimos 12 meses ou aquando da última relação sexual de alto risco, os resultados mostram que a prevalência é geralmente mais baixa entre as pessoas que usaram o preservativo do que entre as outras. Por exemplo, a proporção de seropositivos é nitidamente menos elevada entre as mulheres do que entre os homens que usaram um preservativo durante as últimas relações sexuais nos últimos 12 meses (respectivamente 0,6% e 1,1%) do que entre os que não o usaram (respectivamente 1,5% e 2,2%).

15.4.3 Prevalência do VIH entre os jovens de 15-24 anos

A prevalência do VIH entre os jovens de 15-24 anos é considerada como um indicador indirecto das infecções recentes nos países onde a epidemia é generalizada e a transmissão sexual é preponderante. Por conseguinte, pode fornecer indirectamente, uma estimativa da incidência da infecção pelo VIH. O quadro 15.7 apresenta a prevalência segundo as características sociodemográficas.

A prevalência média do VIH entre os jovens de 15-24 anos é estimada a 0,8%. É menos elevada entre os homens do que entre as mulheres (0,6 % contra 1,0%), correspondendo a um rácio de 0,6% entre homens e mulheres. Isso significa que entre os jovens de 15-24 anos, para cada100 mulheres infectadas, existe 60 homens infectados.

Quadro 15.7 Prevalência do VIH entre os jovens segundo algumas características sociodemográficas

Percentagem de seropositivos entre as mulheres jovens e os homens jovens de 15-24 anos que fizeram o teste do VIH, por algumas características sociodemográficas, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

	Mulheres		Homens		Total	
Características sociodemográficas	Percentagem de positivos	Efectivo	Percentagem de positivos	Efectivo	Percentagem de positivos	Efectivo
Grupo etário						
15-19	0,6	497	0,8	576	0,7	1 073
..15-17	0,6	296	1,1	352	0,9	648
..18-19	0,4	200	0,3	224	0,4	424
20-24	1,4	421	0,2	351	0,9	772
..20-22	1,9	276	0,3	208	1,3	483
..23-24	0,5	145	0,0	143	0,2	289
Estado civil						
Solteiro	1,2	500	0,6	826	0,9	1 326
Já iniciou relações sexuais	1,6	200	0,4	487	0,7	688
Nunca teve relações sexuais	0,9	300	1,0	339	1,0	639
Casada/em união	0,8	363	0,0	90	0,6	453
Divorciado/separado/viúvo	0,0	54	*	11	0,0	65
Actualmente grávida						
Grávida	0,8	88	na	na	na	na
Não grávida ou não sabe	1,0	829	na	na	na	na
Meio de residência						
Urbano	0,3	506	0,2	478	0,3	984
Rural	1,7	411	1,0	450	1,3	861
Região						
Região Centro	0,8	584	0,4	578	0,6	1 162
Região Sul	0,8	105	0,3	115	0,6	220
Região Norte	1,4	188	1,0	197	1,2	385
Região do Príncipe	2,0	41	2,5	37	2,2	78
Nível de instrução						
Nenhum	(3,5)	27	*	9	(2,7)	36
Primário	0,2	417	1,1	440	0,7	857
Secundário ou mais	1,5	473	0,1	479	0,8	952
Quintil de bem-estar económico						
O mais pobre	0,8	151	0,5	157	0,7	309
Segundo	0,0	177	0,0	155	0,0	333
Médio	1,0	158	1,6	191	1,3	349
Quarto	2,3	209	0,0	202	1,2	411
O mais rico	0,5	221	0,6	222	0,6	443
Total	1,0	917	0,6	927	0,8	1 845

na = Não se aplica
(.) Caso de efectivos não ponderados entre 25 e 49.
* Caso de efectivos não ponderados inferiores a 25

No geral, a prevalência aumenta com a idade: é de 0,7% na faixa 15-19 anos e de 0,9% na faixa 20-24 anos. Observa-se a mesma tendência nas mulheres: respectivamente 0,6% e 1,4%. Contudo, nos homens, a prevalência diminui com a idade (0,8% na faixa 15-19 anos e 0,2% na faixa 20-24 anos).

Qualquer que seja o estado civil, nota-se que a prevalência do VIH é mais elevada entre o(a)s solteiro(a)s do que entre as pessoas casadas ou vivendo em união (0,9% contra 0,6% para ambos os sexos, 1,2 % contra 0,8 % nas mulheres e 0,6 % contra 0 % nos homens). Nenhum caso positivo foi registado entre os jovens divorciados, separados ou viúvos. Sobressaiu que 1% das mulheres jovens solteiras que nunca tiveram relações sexuais é infectada pelo VIH contra 0,7% entre as que iniciaram as relações sexuais. À semelhança das mulheres de 15-49 anos, isso significa que foram contaminadas por via não sexual (principal via de transmissão), ou que não declararam o início das relações sexuais.

Na pequena amostra de mulheres jovens de 15-24 anos que declararam estar grávidas, a prevalência do VIH é de 0,8% contra 1% entre as que não estavam grávidas ou não sabiam do seu estado de gravidez.

Segundo o meio de residência, os resultados mostram que para ambos os sexos, a proporção de seropositivos no meio urbano é de 0,3% enquanto é de 1,3% no meio rural, e é de 0,3% contra 1,7% entre as mulheres jovens e 0,2% contra 1% entre os homens jovens.

Por região de residência, os resultados do inquérito mostram que a prevalência é mais elevada no região do Príncipe do que nas outras (2,2 % para ambos os sexos, 2,5 % nos homens jovens e 2 % nas mulheres jovens).

A prevalência do VIH, por nível de instrução e quintil de bem-estar económico, não indica uma tendência clara. Por exemplo, segundo o quintil, os níveis da prevalência mais elevados são observados para o conjunto dos jovens e nos homens jovens de agregados do terceiro quintil (respectivamente de 1,3% e 1,6%) e entre as mulheres jovens pertencentes ao quarto quintil (2,3%).

O quadro 15.8 apresenta a prevalência do VIH entre os jovens de 15-24 anos que alguma vez tiveram uma relação sexual segundo certas características de comportamento sexual. Globalmente, entre os jovens que já tiveram relações sexuais, 1% das mulheres e 0,3% dos homens são seropositivos ou seja 0,7% para ambos os sexos. As variações da prevalência entre os jovens em função das características do comportamento sexual são importantes, mas os denominadores para certas categorias de indicadores são relativamente pequenos, gerando largas dispersões de valores possíveis.

No geral, os resultados deixam aparecer uma prevalência mais elevada (3,1%) entre as mulheres jovens que não tiveram relações sexuais nos 12 últimos meses do que entre as que tiveram relações de alto risco ou não (respectivamente 0,8 % e 0,7 %). Entre os homens jovens a prevalência é de 0,4% entre os que tiveram relações sexuais de alto risco, enquanto é nula entre os outros.

Além disso, não sobressaiu uma tendência clara da prevalência do VIH em função do número de parceiros sexuais nos 12 últimos meses, devido a pequenez dos efectivos.

Quadro 15.8 Prevalência do VIH entre os jovens segundo algumas características do comportamento sexual

Percentagem de seropositivos entre as mulheres jovens e os homens jovens de 15-24 anos que já tiveram relações sexuais e que fizeram o teste do VIH, segundo algumas características do comportamento sexual, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

Características do comportamento sexual	Mulheres		Homens		Total	
	Percentagem de positivos	Efectivo	Percentagem de positivos	Efectivo	Percentagem de positivos	Efectivo
Relações sexuais de alto risco nos últimos 12 meses[1]						
Relações sexuais de alto risco	0,8	176	0,4	417	0,5	593
Relações sexuais, mas não de alto risco	0,7	385	0,0	80	0,6	465
Nenhuma relação sexual nos últimos 12 meses	3,1	57	0,0	91	1,2	148
Número de parceiros sexuais nos últimos 12 meses						
0	3,2	56	0,0	85	1,3	141
1	0,8	549	0,5	394	0,6	943
2	*	12	*	79	0,0	91
3+	*	1	(0,0)	30	(0,0)	31
Uso do preservativo						
Alguma vez usou um preservativo	1,1	290	0,4	439	0,7	729
Nunca usou um preservativo	0,8	326	0,2	149	0,6	475
Uso do preservativo nas primeiras relações sexuais						
Usou um preservativo	1,5	137	0,6	209	0,9	346
Não usou um preservativo	0,9	467	0,2	357	0,6	825
Uso do preservativo nas últimas relações sexuais nos últimos 12 meses						
Usou um preservativo	0,9	135	0,6	277	0,7	412
Não usou um preservativo	0,7	424	0,1	220	0,5	644
Não teve relações sexuais nos últimos 12 meses	3,1	57	0,0	90	1,2	147
Total 15-24 anos[2]	1,0	618	0,3	588	0,7	1 206

[1] Relações sexuais com um parceiro não-conjugal ou um parceiro não coabitante
[2] Inclui 2 mulheres para as quais o uso do preservativo é indeterminado, 7 mulheres e 13 homens para os quais o uso do preservativo nas primeiras relações sexuais é indeterminado e 1 mulher e 1 homem para os quais o uso do preservativo nas últimas relações sexuais é indeterminado.
( ) Caso de efectivos não ponderados entre 25 e 49.
* Caso de efectivos não ponderados inferiores a 25.

Concernente o uso do preservativo, constata-se, curiosamente que a prevalência é mais elevada entre os jovens que alguma vez o usaram do que o contrário (respectivamente 0,7% contra 0,6% para ambos os sexos, 1,1% contra 0,8% nas mulheres e 0,4% contra 0,2% nos homens). De igual modo, a proporção de jovens seropositivos é mais elevada entre os que usaram um preservativo na primeira relação sexual do que entre os que não o usaram (respectivamente 0,9 % contra 0,6 % para ambos os géneros, 1,5 % contra 0,9 % nas mulheres e 0,6 % contra 0,2 % nos homens). Ainda, constata-se que entre as mulheres que não tiveram relações sexuais nos 12 últimos meses, o nível da prevalência é mais elevado (3,1%), em relação às jovens que usaram o preservativo (0,9%) ou as que não o usaram (0,7%). Entre os homens jovens, o nível da prevalência é mais elevado nos que tinham usado o preservativo (0,6%) do que nos que não o tinha usado (0,1%).

15.4.4 Prevalência do VIH segundo os antecedentes de IST e segundo o teste do VIH anterior ao IDS-STP

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) desempenham um papel determinante na transmissão sexual do VIH. O quadro 15.9 apresenta a prevalência do VIH segundo a prevalência declara de IST. Globalmente, verifica-se uma prevalência mais elevada entre as pessoas que não tinham declarado uma IST ou sintomas de IST do que entre as outras (1,7% contra 0,8%). Segundo o sexo, os resultados deixam aparecer a mesma tendência entre as mulheres. A prevalência varia de 1,5% entre as que não tinham declarado uma IST para 0,3% entre as outras. Ao contrário, entre os homens, constata-se uma prevalência mais elevada entre as que declararam ter uma IST ou sintomas associados do que entre os outros (3,1% contra 1,9%).

Os resultados da prevalência do VIH entre as pessoas que já tiveram relações sexuais segundo que tinham feito ou não um teste do VIH anterior ao inquérito, são apresentados no quadro 15.9. No geral, a prevalência situa-se praticamente no mesmo nível entre as pessoas que tinham feito um teste ou que nunca o tinham feito (1,4% e 1,3%). A prevalência é a mesma entre as mulheres (1,4% nos dois casos) e de 1,3% contra 2,3% nos homens.

Quadro 15.9 Prevalência do VIH segundo outras características

Percentagem de seropositivos entre as mulheres jovens e os homens jovens que alguma vez tiveram relações sexuais e que fizeram o teste do VIH segundo que tiveram ou não uma IST nos últimos 12 meses e segundo que tinham feito ou não um teste do VIH anterior ao inquérito, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

	Mulheres		Homens		Total	
Características	Percentagem de positivos	Efectivo	Percentagem de positivos	Efectivo	Percentagem de positivos	Efectivo
Infecções sexualmente transmissíveis nos últimos 12 meses						
Declarou ter tido uma IST ou sintomas de IST	0,3	315	3,1	76	0,8	390
Declarou não ter tido uma IST nem sintomas de IST	1,5	1 696	1,9	1 636	1,7	3 332
Teste do VIH anterior ao inquérito						
Alguma vez fez um teste	1,4	1 526	1,3	736	1,4	2 262
Recebeu o resultado	1,3	1 438	1,5	676	1,4	2 114
Não recebeu o resultado	2,2	88	0,0	61	1,3	148
Nunca fez o teste	1,4	505	2,3	1 007	2,0	1 512
Total 15-49[1]	1,4	2 062	1,9	1 747	1,6	3 809

[1] Inclui 51 mulheres e 35 homens para os quais as informações sobre as IST não foram determinadas e 31 mulheres e 4 homens para os quais as informações sobre um teste de VIH anterior ao inquérito foram indeterminadas.

Por outro lado, o quadro 15.10 apresenta os resultados sobre o estatuto serológico dos entrevistados, segundo que efectuaram ou não um teste do VIH anterior ao inquérito. Para as pessoas infectadas, este permite medir o nível de conhecimento do seu estatuto serológico antes do teste do VIH do IDS-STP.

Cerca de seis pessoas seropositivas em cada dez de 15-49 anos não conhecem o seu estatuto serológico, porque nunca tinham feito um teste (53%), ou porque tinham feito o teste, mas não receberam o resultado do último teste (6%). Observa-se a mesma tendência entre os homens: 73% nunca tinha feito um teste. Enquanto nas mulheres, 40% não conhece o seu estatuto serológico: 29% nunca tinha feito um teste, 14% o tinha feito, mas não tinha recebido o resultado do último teste. Contudo, os resultados devem ser interpretados com cautela, devido aos efectivos reduzidos.

Quadro 15.10 Teste do VIH anterior ao inquérito segundo o estatuto serológico actual

Distribuição percentual de mulheres e homens de 15-49 anos, segundo que tinham feito ou não um teste do VIH anterior ao inquérito e segundo o estatuto serológico, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

Teste do VIH anterior ao inquérito	Mulheres		Homens		Total	
	VIH positivo	VIH negativo	VIH positivo	VIH negativo	VIH positivo	VIH negativo
Alguma vez fez um teste e recebeu o resultado do último teste	(57,8)	61,3	(26,9)	33,1	41,0	48,1
Alguma vez fez um teste e não recebeu o resultado do último teste	(13,5)	4,4	(0,0)	3,1	6,2	3,8
Nunca fez um teste	(28,7)	32,9	(73,1)	63,6	52,8	47,3
Sem informação	(0,0)	1,3	(0,0)	0,3	0,0	0,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Efectivo	31	2 347	36	2 074	67	4 421

( ) Caso de efectivos não ponderados entre 25 e 49.

15.4.5 Prevalência do VIH no seio do casal

A distribuição da prevalência do VIH entre os casais coabitantes e para os quais os dois cônjuges foram testados é apresentada no quadro 15.11. No total, se conhece o estatuto serológico de 915 casais. Verifica-se que em 97% dos casais, os dois cônjuges são seronegativos, em 0,5% os dois são seropositivos e em 2,5% dos casos, um dos dois cônjuges é seropositivo. Essa última categoria, designada de “casais discordantes” é constituída de casais no seio dos quais somente o homem é seropositivo (0,4%) e os casais nos quais somente a mulher é seropositiva (2,1%).

Á semelhança da tendência da prevalência nas mulheres e nos homens, o nível da prevalência do VIH entre os casais é mais elevado no meio rural do que rural, sejam os dois cônjuges seropositivos ou somente um.

Da análise das outras características sociodemográficas, não se destaque nenhuma tendência particular da prevalência.

O facto de ter 2,5% dos casais constituídos por pelo menos um cônjuge infectado, põe em evidência a necessidade da prevenção do VIH. A satisfação dessa necessidade é ainda mais urgente, visto que a proporção de “casais discordantes” é muito mais elevada que a dos casais no seio dos quais os dois cônjuges são seropositivos (0,5%). O facto da maioria desses cônjuges não conhecer mutuamente os seus estatutos serológicos (quadro 15.10) constitui uma dificuldade. Os centros de despistagem voluntária do VIH existem em São Tomé, mas muito poucas pessoas os frequentam enquanto casais. Esses resultados sugiram a implementação de estratégias específicas para reforçar o sistema actual de despistagem voluntária a favor dos casais.

Quadro 15.11 Prevalência do VIH nos casais

Distribuição percentual dos casais coabitantes no mesmo agregado em que os dois cônjuges tinham feito um teste do VIH, por estatuto serológico, por algumas características sociodemográficas, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

Características sociodemográficas	Os dois cônjuges VIH positivos	O homem positivo, a mulher negativa	A mulher positiva, o homem negativo	Os dois cônjuges VIH negativos	Total	Efectivo
Idade da mulher						
15-19	0,0	0,7	0,0	99,3	100,0	64
20-29	1,3	2,4	0,7	95,6	100,0	357
30-39	0,1	2,6	0,0	97,3	100,0	298
40-49	0,0	1,1	0,8	98,0	100,0	195
Idade do homem						
20-29	0,0	1,3	0,0	98,7	100,0	234
30-39	1,3	2,9	0,7	95,1	100,0	354
40-49	0,0	1,7	0,3	98,0	100,0	221
50-59	0,2	1,7	0,9	97,2	100,0	106
Diferença de idades entre cônjuges						
Mulher mais idosa	0,0	0,9	0,0	99,1	100,0	68
Mesma idade/Homem mais idoso de 0-4 anos	0,8	3,0	0,8	95,3	100,0	396
Homem mais idoso de 5-9 anos	0,0	1,0	0,1	98,9	100,0	308
Homem mais idoso de 10-14 anos	1,5	3,4	0,2	95,0	100,0	95
Homem mais idoso de 15 anos ou mais	(0,5)	(0,0)	(1,2)	(98,3)	100,0	48
Tipo de união						
Monogâmica	0,6	1,8	0,3	97,3	100,0	777
Poligâmica	0,0	2,3	2,4	95,3	100,0	83
Não sabe/Sem informação	0,0	6,1	0,0	93,9	100,0	55
Meio de residência						
Urbano	0,4	1,5	0,1	98,1	100,0	452
Rural	0,7	2,6	0,8	95,9	100,0	463
Região						
Região Centro	0,9	2,9	0,0	96,2	100,0	531
Região Sul	0,0	0,6	0,7	98,6	100,0	135
Região Norte	0,0	1,1	1,2	97,7	100,0	198
Região do Príncipe	0,4	1,2	1,2	97,2	100,0	51
Nível de instrução da mulher						
Nenhum	5,2	0,0	1,4	93,4	100,0	64
Primário	0,0	2,3	0,5	97,2	100,0	638
Secundário ou mais	0,7	2,1	0,1	97,1	100,0	213
Nível de instrução do homem						
Nenhum	*	*	*	*	100,0	7
Primário	0,3	2,3	0,6	96,8	100,0	574
Secundário ou mais	1,0	1,7	0,1	97,2	100,0	334
Quintil de bem-estar económico						
O mais pobre	0,0	6,6	1,0	92,4	100,0	146
Segundo	1,6	0,0	0,2	98,2	100,0	213
Médio	0,9	0,1	0,1	98,9	100,0	179
Quarto	0,0	0,8	1,0	98,3	100,0	187
O mais rico	0,0	4,1	0,1	95,8	100,0	190
Total	0,5	2,1	0,4	97,0	100,0	915

Nota: O quadro baseia-se nos casais para os quais dispomos de um resultado do teste do VIH válido (positivo ou negativo) para os dois parceiros.
( ) Caso de efectivos não ponderados entre 25 e 49.
* Caso de efectivos não ponderados inferiores a 25.

PREVALÊNCIA DA HEPATITE B 16

A hepatite B é uma doença do fígado potencialmente mortal, provocado pelo vírus da Hepatite B (VHB). É extremamente infecciosa e se transmite por relações sexuais ou contacto com sangue ou líquidos orgânicos contaminados. Constitui um problema de saúde a nível mundial e a forma mais grave das hepatites virais. Estima-se a dois bilhões, o número de pessoas infectadas pelo VHB e mais de 350 milhões de indivíduos apresentam uma infecção crónica. O vírus da hepatite B causa entre 1 e 2 milhões de mortes por ano.

16.1 METODOLOGIA

Os testes de hepatite B foram feitos para a totalidade das mulheres de 15-49 anos e dos homens de 15-59 anos da amostra.

A infecção da hepatite B é diagnosticada por detecção do vírus (antigéno de superfície da hepatite B: hepatitis B surface antigen – HbsAg) no sangue total, no soro ou no plasma. No terreno, foi feito o teste Determine AgHBs, que é um teste de diagnóstico rápido (TDR). A participação das pessoas ao teste da hepatite B foi sujeita ao consentimento esclarecido e voluntário dos indivíduos elegíveis. Assim, foi perguntado, a todas as pessoas seleccionadas para esse teste, o seu consentimento esclarecido e voluntário autorizando a sua realização. Para isso, a cada indivíduo seleccionado, foi lido uma declaração sobre os procedimentos usados, bem como os benefícios e riscos associados ao teste. Além da declaração formal voluntária e esclarecida, as pessoas entrevistadas tinham a possibilidade de colocar todas as questões que poderiam ajudá-las para tomar a decisão de participar ou não nos testes. No caso de um inquirido menor de 18 anos, foi solicitado seja ao pai, à mãe ou ao responsável do adolescente ou a um outro adulto responsável presente no agregado no momento da entrevista, de dar o seu consentimento para autorizar a colheita de sangue no menor de idade. De seguida, foi pessoalmente solicitado ao menor de dar o seu consentimento para efectuar o teste.

O inquiridor registava a resposta (ou no caso de um menor, a resposta dos pais/pessoas responsáveis/outro adulto) no questionário e assinava num espaço reservado para o efeito, para atestar que a ficha de declaração do consentimento foi lida ao inquerido(a) e que a decisão é realmente a do(a) entrevistado(a).

Uma vez o consentimento dado, as gotas de sangue foram recolhidas, utilizando a técnica de colheita de sangue por picada na ponta do dedo. Antes da colheita, o dedo foi desinfectado com uma gaze impregnada de álcool e de seguida secado ao ar livre. De seguida, a ponta do dedo é picada por uma lanceta estéril, retráctil e de uso único. A primeira gota de sangue foi limpada por uma gaze estéril. A secunda gota foi utilizada para o teste da hepatite B. A terceira gota foi utilizada para o teste de anemia (ver capitulo 11), e as gotas seguintes para o teste do VIH (ver capitulo 15).

O método do teste é descrito abaixo:

a) Coloca-se 50 µl de amostra (usando um tubo capilar contendo uma solução de EDTA – Etilenodiamino tetracetato) na zona de depósito da amostra.

b) Espera-se que o sangue seja absorvido pela zona de depósito, para colocar uma gota de solução tampão de fixação na zona de depósito da amostra.

c) Espera-se pelo menos 15 minutos antes de ler o resultado.

16.2 RESULTADOS

Entre as 2615 mulheres de 15-49 anos que foram entrevistadas com sucesso, 2536 foram submetidas ao teste diagnóstico da hepatite B. Outrossim, a taxa de aceitação é de 97%. Entre os 2296 homens de 15-59 anos entrevistados com sucesso, 2124 fizeram o teste, sendo uma taxa de aceitação de 93%.

No quadro desse inquérito, tanto os resultados do teste diagnóstico da hepatite B, como os da anemia, foram registados no questionário agregado familiar, o que permite a ligação com as características dos entrevistados.

As colheitas de sangue foram feitas por três técnicos de laboratório qualificados e sete médicos que anteriormente foram capacitados nos procedimentos e nas precauções a tomar para evitar a transmissão de agentes patogénicos transmissíveis pelo sangue. As lancetas e todos os instrumentos contaminados pelo sangue foram colocados num saco para produtos bio-perigosos e eliminados no fim do dia, segundo um protocolo estabelecido.

Os quadros 16.1 e 16.2 fornecem as taxas de prevalência da hepatite B entre as mulheres de 15-49 anos e os homens de 15-49 anos, por características sociodemográficas. Os resultados mostram que a nível nacional, a prevalência do VHB é de 6,1% entre as mulheres de 15-49 anos e de 9,3% entre os homens de 15-59 anos (10% entre os homens de 15-49 anos).

Quadro 16.1 Prevalência da hepatite B entre as mulheres

Distribuição percentual das mulheres inquiridas de 15-49 anos, segundo o resultado do teste da hepatite B, por algumas características sociodemográficas, IDS, São Tome e Príncipe 2008-2009

Características sociodemográficas	Resultados do teste hepatite B			Efectivo de mulheres
	Positivo	Negativo	Não determinado	
Grupo etário				
15-19	5,6	93,9	0,4	531
20-29	6,8	93,2	0,0	889
30-39	7,1	92,7	0,2	640
40-49	3,9	96,1	0,0	476
Meio de residência				
Urbano	6,2	93,7	0,1	1 394
Rural	6,0	93,9	0,2	1 142
Região				
Região Centro	6,6	93,2	0,1	1 611
Região Sul	4,7	95,3	0,0	322
Região Norte	6,0	93,8	0,2	484
Região do Príncipe	3,2	96,8	0,0	118
Nível de instrução				
Nenhum	1,0	99,0	0,0	148
Primário	7,1	92,8	0,1	1 465
Secundário ou mais	5,4	94,4	0,3	923
Quintil de bem-estar económico				
O mais pobre	4,2	95,7	0,1	447
Segundo	9,4	90,6	0,0	498
Médio	4,6	95,0	0,4	464
Quarto	7,0	93,0	0,0	541
O mais rico	5,1	94,7	0,2	586
Total	6,1	93,8	0,1	2 536

Quadro 16.2 Prevalência da hepatite B entre os homens

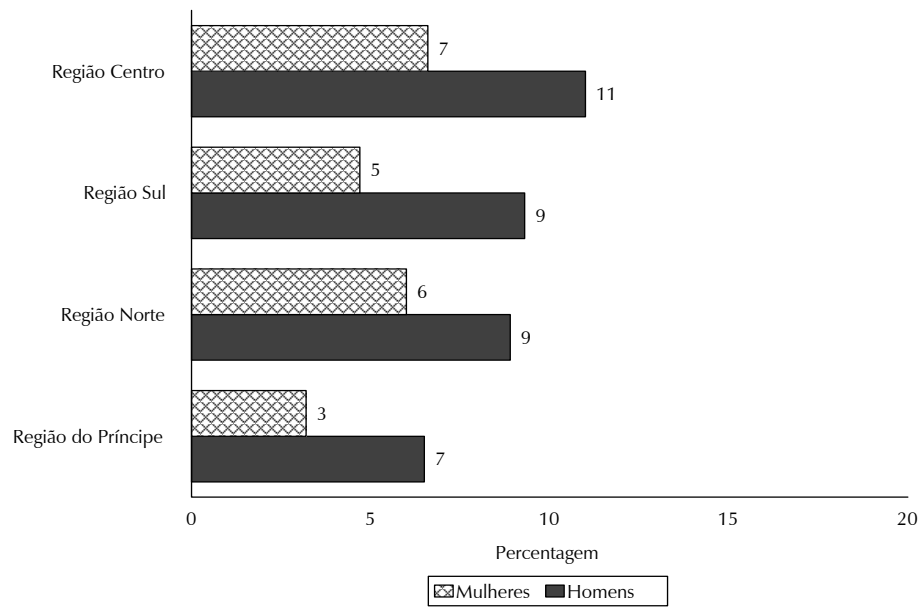
Distribuição percentual dos homens inquiridos de 15-49 anos, segundo o resultado do teste da hepatite B, por algumas características sociodemográficas, IDS, São Tome e Príncipe 2008-2009

Características sociodemográficas	Resultados do teste hepatite B			Efectivo de homens
	Positivo	Negativo	Não determinado	
Grupo etário				
15-19	9,3	90,7	0,0	522
20-29	13,0	86,6	0,3	592
30-39	9,1	90,9	0,0	486
40-49	6,9	93,0	0,1	321
Meio de residência				
Urbano	10,3	89,7	0,0	949
Rural	9,8	90,0	0,2	972
Região				
Região Centro	11,0	88,8	0,2	1 098
Região Sul	9,3	90,7	0,0	274
Região Norte	8,9	91,1	0,0	445
Região do Príncipe	6,5	93,2	0,2	104
Nível de instrução				
Nenhum	(2,5)	(97,5)	(0,0)	23
Primário	11,4	88,6	0,0	1 066
Secundário ou mais	8,5	91,3	0,3	832
Quintil de bem-estar económico				
O mais pobre	12,6	86,8	0,6	358
Segundo	9,6	90,4	0,0	380
Médio	10,5	89,5	0,0	397
Quarto	10,2	89,8	0,0	379
O mais rico	7,5	92,5	0,0	407
Total 15-49	10,0	89,9	0,1	1 921
Homens de 50-59	2,4	97,6	0,0	203
Total dos homens de 15-59	9,3	90,6	0,1	2 124

( ) Caso de efectivos não ponderados entre 25 e 49.

A prevalência mais elevada observada é entre os homens da faixa etária 20-29 anos e entre as mulheres de 30-39 anos. Nota-se a prevalência mais baixa entre as mulheres os homens mais idosos. Segundo o meio de residência, as diferenças não são importantes. Por região, a do Príncipe apresenta a taxa de prevalência mais baixa, tanto nas mulheres (3,2%) como nos homens (6,5%). As taxas mais elevadas se registam na região Centro (6,6% entre as mulheres e 11% entre os homens (gráfico 16.1).

Os resultados mostram que as mulheres e os homens do nível de instrução do primário são os mais infectados pelo VHB (7,1% e 11,4% respectivamente). Ainda, segundo o quintil de bem-estar económico, os resultados não mostram variações regulares. Por exemplo, a taxa de prevalência da hepatite B é mais baixa entre as mulheres do quintil mais pobre (4,2%) e a taxa de prevalência mais elevada pertence ao segundo quintil (9,4%). Entre os homens, a prevalência mais baixa observa-se entre os do quintil mais rico (5,1%), enquanto a prevalência mais elevada é entre os homens de agregados do quintil mais pobre (12,6%).

Gráfico 16.1 Prevalência da hepatite B por região

ESTATUTO DA MULHER 17

Durante o inquérito individual, diversas perguntas colocadas às mulheres permitiram elaborar certos indicadores de avaliação do estatuto da mulher. Estas perguntas referiam-se, entre outras, às actividades, ao poder de decisão das mulheres no seio do agregado familiar, ao seu direito de dispor dos seus rendimentos e às suas opiniões relativas à adesão ou rejeição de certos papéis tradicionais. Os resultados são apresentados neste capítulo.

17.1 EMPREGO E TIPO DE REMUNERAÇÃO

Durante o IDS-STP, perguntou-se às mulheres se tinham trabalhado durante os 12 meses que antecederam o inquérito, e em caso de uma resposta positiva se foram remuneradas e como tinham sido remuneradas pelo trabalho efectuado. Os resultados apresentados no quadro 17.1, que apenas dizem respeito às mulheres que estão actualmente casadas ou em união de facto, mostram que 62% delas declararam que tinham trabalhado durante os 12 meses que antecederam o inquérito. Esta proporção aumenta com a idade da mulher, variando de um mínimo de 30% entre as jovens mulheres de 15-19 anos a mais de 70% a partir de 35-39 anos.

Quadro 17.1 Emprego e tipo de remuneração nas mulheres actualmente casadas/em união

Percentagem de mulheres de 15-49 anos, actualmente casadas/em união que trabalharam nos últimos 12 meses e distribuição percentual das mulheres actualmente casadas/em união e que trabalharam nos 12 últimos meses, segundo o tipo de remuneração, por grupo etário, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

	Mulheres actualmente casadas/em união:		Distribuição (em %) de mulheres actualmente casadas/em união e que trabalharam nos 12 últimos meses, por tipo de remuneração						
Grupo etário	Percentagem que tem um emprego	Efectivo de mulheres	Dinheiro somente	Dinheiro e género	Género somente	Não pagas	Sem informação	Total	Efectivo de mulheres
15-19	29,5	110	(86,4)	(9,4)	(1,8)	(2,5)	(0,0)	100,0	33
20-24	47,4	285	69,1	25,4	0,4	5,1	0,0	100,0	135
25-29	64,1	371	75,8	15,1	1,7	5,3	2,1	100,0	238
30-34	65,6	330	76,4	19,0	1,0	3,2	0,5	100,0	217
35-39	70,5	224	81,3	12,1	3,3	3,3	0,0	100,0	158
40-44	72,1	242	84,8	13,3	1,4	0,6	0,0	100,0	175
45-49	72,3	156	82,9	15,2	0,0	1,8	0,0	100,0	113
Total	62,1	1 718	78,4	16,3	1,4	3,3	0,6	100,0	1 067

( ) Casos de efectivos não ponderados entre 25 e 49.

Entre as mulheres que trabalharam, a quase totalidade foi remunerada pelo trabalho efectuado (97%). Em apenas 3% dos casos, as mulheres não foram remuneradas. Mais de três quartos das mulheres (78%) foram remuneradas apenas em dinheiro, 16% em dinheiro e em géneros e, numa muito fraca proporção, as mulheres foram remuneradas apenas em géneros (1%). Não se nota variações importantes de acordo com a idade. No máximo, pode-se sublinhar que entre as mulheres de 20-29 anos, as proporções das que não foram remuneradas são ligeiramente mais elevadas que nos outros grupos de idades (5% contra um mínimo de 0,6% na faixa 40-44 anos). Pode-se notar igualmente que a proporção de mulheres remuneradas apenas em dinheiro aumenta com a idade, variando de 69% de 20-24 anos para 85% no grupo de 40-44 anos.

17.2 CONTROLO DO RENDIMENTO DAS MULHERES

O poder de decisão relativo à utilização do rendimento da mulher é considerado como um dos indicadores directos do estatuto da mulher. Com efeito, ele permite medir o seu nível de autonomia financeira. Para obter a sua avaliação, perguntou-se, durante o inquérito, às mulheres que tinham trabalhado durante os 12 últimos meses e que tinham ganho dinheiro, quem principalmente decidia sobre a utilização deste dinheiro. Os resultados apresentados no quadro 17.2 dizem respeito apenas às mulheres de 15-49 anos casadas ou em união de facto. Observa-se que praticamente a quase totalidade das mulheres casadas/em união de facto decide sobre a utilização do dinheiro que elas ganharam, quer por si próprias (74%), quer de forma conjunta com o seu marido /companheiro (17%). Em apenas 9% dos casos, é só o marido /companheiro que decide sobre a utilização do dinheiro ganho pela mulher.

Quadro 17.2 Controlo do rendimento das mulheres e importância dos ganhos em comparação com os do marido

Distribuição percentual das mulheres de 15-49 anos, actualmente casadas/em união que trabalharam e foram pagas em dinheiro nos últimos 12 meses anteriores ao inquérito, segundo a pessoa que decide sobre a utilização do dinheiro e comparação da importância dos rendimentos da mulher com os do marido/companheiro, por algumas características sociodemográficas, IDS São Tome e Príncipe, 2008-2009

	Pessoa quem decide quanto à utilização do dinheiro que a mulher ganha:					Dinheiro ganho pela mulheres em comparação com o rendimento do marido/ companheiro:						
Características sociodemográficas	Principal-mente a mulher	Ambos arido/ companheiro e mulher	Principal-mente o marido/ companheiro	Sem informação	Total	Mais	Menos	Quase o mesmo	Marido/ companheiro não tem rendimento	Sem informação	Total	Efectivo de mulheres
Grupo etário												
15-19	58,6	13,2	28,2	0,0	100,0	(0,0)	(68,0)	(2,1)	(0,0)	(29,9)	100,0	31
20-24	69,1	17,3	12,5	1,1	100,0	6,9	76,4	4,2	0,0	12,5	100,0	128
25-29	75,3	15,7	8,9	0,0	100,0	6,6	78,9	4,9	0,2	9,3	100,0	216
30-34	75,1	19,3	5,4	0,3	100,0	10,3	75,6	5,6	0,5	8,0	100,0	207
35-39	72,6	20,7	6,7	0,0	100,0	4,2	74,3	10,0	0,7	10,8	100,0	147
40-44	76,2	18,6	4,9	0,3	100,0	6,1	77,3	3,8	0,7	12,2	100,0	171
45-49	78,3	10,5	11,2	0,0	100,0	11,5	69,5	4,1	0,0	14,8	100,0	111
Número de filhos vivos												
0	(53,5)	(38,7	7,8	0,0	100,0	(0,0)	(78,3)	(5,3)	(0,0)	(16,4)	100,0	36
1-2	76,7	15,4	7,3	0,6	100,0	5,8	77,9	4,6	0,0	11,7	100,0	332
3-4	73,9	16,0	10,1	0,0	100,0	8,9	74,9	5,2	0,6	10,4	100,0	387
5+	73,7	18,4	7,6	0,2	100,0	7,7	73,3	6,5	0,6	11,8	100,0	257
Meio de residência												
Urbano	80,8	13,6	5,2	0,4	100,0	7,1	77,0	3,7	0,4	11,9	100,0	559
Rural	65,7	21,7	12,6	0,0	100,0	7,5	73,9	7,4	0,4	10,8	100,0	452
Região												
Região Centro	84,1	9,2	6,5	0,2	100,0	9,3	75,6	3,9	0,2	11,0	100,0	647
Região Sul	57,9	31,0	10,6	0,5	100,0	5,5	77,8	8,6	0,5	7,6	100,0	114
Região Norte	55,7	30,4	13,6	0,3	100,0	1,9	74,5	7,4	1,0	15,2	100,0	208
Região do Príncipe	53,8	37,7	8,5	0,0	100,0	(7,7)	(75,9)	(8,1)	(0,0)	(8,3)	100,0	42
Nível de instrução												
Nenhum	69,4	18,1	12,5	0,0	100,0	(6,0)	(72,0)	(7,1)	(0,0)	(15,0)	100,0	62
Primário	69,3	20,1	10,2	0,4	100,0	6,6	75,3	5,8	0,6	11,8	100,0	663
Secundário ou mais	86,0	10,4	3,6	0,0	100,0	9,2	77,2	4,0	0,0	9,6	100,0	286
Quintil de bem-estar económico												
O mais pobre	69,2	13,5	16,9	0,3	100,0	2,6	75,7	5,6	0,3	15,9	100,0	172
Segundo	62,9	29,0	7,4	0,7	100,0	9,0	69,6	9,6	0,6	11,2	100,0	198
Médio	73,3	16,3	10,1	0,3	100,0	7,9	75,6	6,3	0,6	9,6	100,0	175
Quarto	75,6	15,9	8,5	0,0	100,0	3,8	80,0	2,5	0,5	13,1	100,0	208
O mais rico	85,1	12,3	2,6	0,0	100,0	11,4	76,7	3,6	0,0	8,3	100,0	258
Total	74,0	17,2	8,5	0,2	100,0	7,3	75,6	5,4	0,4	11,4	100,0	1 011

( ) Casos de efectivos não ponderados entre 25 e 49.

Os resultados, de acordo com as diferentes variáveis sócio-demográficas, indicam certas variações. Constata-se que são as mulheres do meio urbano (81%), as da Região Centro (84%), as que têm um nível de instrução do secundário ou mais (86%) e as que vivem num agregado familiar classificado num nível mais rico (85%) que mais frequentemente declararam que decidiam elas próprias sobre a utilização do dinheiro que ganhavam. Em contrapartida, 17% das mulheres agregado familiar

mais pobres, 13% das sem instrução e 14% das mulheres da Região Norte declararam que era o seu marido/companheiro que principalmente decidia sobre a utilização do dinheiro que elas ganhavam. Contudo, nesta Região, constata-se que em 30% dos casos, o cônjuge é frequentemente associado à decisão de utilização do dinheiro ganho pela mulher. O mesmo acontece nas regiões Sul e do Príncipe onde, respectivamente 31% e 38% das mulheres, declararam que a decisão relativa à utilização do seu dinheiro era tomada conjuntamente.

Além disso, também perguntou-se às mulheres se pensavam que ganhavam mais, menos ou a mesma coisa que o seu marido/companheiro. Espera-se geralmente que as mulheres que ganham mais que o marido/companheiro tenham uma autonomia mais importante em matéria de decisão financeira que as que ganham menos. O IDS-STP mostra que cerca de três quartos das mulheres (76%) declararam que pensavam ganhar menos que o seu marido/companheiro. Em 7% dos casos, as mulheres pensam que ganham mais e 5% declararam que ganhavam mais ou menos o mesmo montante que o seu marido/companheiro. As mulheres que pensam ganhar mais que o marido/companheiro são proporcionalmente mais numerosas na Região Centro (9%), entre as que têm um nível pelo menos secundário (9%), entre as que vivem numa família do segundo quintil (9%) e sobretudo entre as cujo agregado familiar é classificado no nível mais rico (11%).

17.3 PARTICIPAÇÃO DAS MULHERES NA TOMADA DE DECISÃO

Para avaliar o papel e o nível de implicação das mulheres nas tomadas de decisões a nível da família, foram feitas perguntas para saber quem, da pessoa interrogada ou de uma outra pessoa, tinha a última palavra em certas decisões. Quatro itens foram retidos (decisões relativas aos cuidados de saúde da mulher, às grandes despesas da família, às compras para as necessidades diárias da família e às visitas à própria família da mulher ou aos pais da mulher); os resultados apresentados no quadro 17.3 dizem apenas respeito às mulheres casadas/em união de facto.

Quadro 17.3 Participação das mulheres na tomada de decisão

Distribuição percentual das mulheres casadas/em união segundo a pessoa que habitualmente toma as decisões, por tipo de decisão, IDS São Tome e Príncipe, 2008-2009

Decisão	Principal-mente a mulher	Ambos marido/ companheiro e mulher	Principal-mente o marido/ companheiro	Outra pessoa	Outro	Sem informação	Total	Efectivo de mulheres
Próprios cuidados de saúde da mulher	32,2	37,9	28,9	0,2	0,1	0,7	100,0	1 718
Grandes despesas do agregado	24,4	32,4	42,6	0,2	0,0	0,4	100,0	1 718
Compras diárias do agregado	49,3	27,2	22,8	0,2	0,0	0,4	100,0	1 718
Visitas à própria família/parentes da mulher	25,7	48,5	25,0	0,2	0,0	0,5	100,0	1 718

Os resultados mostram que praticamente na metade dos casos (49%), é a mulher a decidir quando se trata das compras para as necessidades diárias do agregado e em 27% dos casos, ela decide juntamente com o seu marido/companheiro. Em contrapartida, quando se trata das grandes despesas da família, é principalmente só o marido que decide (43%). Em 24%, a mulher decide por último e em 32% dos casos, este tipo de decisão é tomada conjuntamente. Além disso, constata-se que a mulher é incluída na tomada de decisão relativa aos seus próprios cuidados de saúde: 32% declarou ser a principal pessoa a decidir e 38% com o seu marido/companheiro. Para este tipo de decisão, nota-se no entanto que é o marido a decidir em 29% dos casos. Além disso, a decisão de efectuar visitas à família da mulher é tomada de forma conjunta quase na metade dos casos (49%).

O quadro 17.4 apresenta as proporções de mulheres de 15-49 anos casadas/em união de facto que tomam habitualmente, quer sozinha, quer conjuntamente com o seu marido ou parceiro, certas decisões.

Um pouco mais de duas em cada cinco mulheres (44%) declararam participar (sós ou com o seu marido/companheiro) na tomada de decisão relativa aos quatro itens citados. Contrariamente, 13% não foi implicada em nenhuma das decisões. As variações entre as diferentes categorias de mulheres não são muito acentuadas. No máximo, pode-se sublinhar que as mulheres jovens de 15-19 anos (24%), as mulheres que não trabalharam (22%), as sem instrução (16%) e as dos agregados mais pobres (17%) são as que menos frequentemente participaram na tomada das quatro decisões. Relativamente ao meio de residência, realça-se que a proporção de mulheres que não foram associadas à nenhuma tomada de decisão é mais elevada no meio rural do que no urbano (16% contra 10%). Do mesmo modo, na região Sul, 29% das mulheres casadas/em união de facto não participou na tomada de nenhuma decisão contra apenas 4% na Região do Príncipe. Se se examinar os resultados de acordo com o tipo de decisão, nota-se que 77% das mulheres estiveram implicadas, sós ou conjuntamente com o marido/companheiro, na tomada de decisão relativa às compras para as necessidades diárias do agregado. Em contrapartida, esta proporção é de apenas 57% quando se trata de grandes despesas do agregado.

Quadro 17.4 Participação das mulheres na tomada de decisão por algumas características sociodemográficas

Percentagem de mulheres de 15-49 anos, actualmente casadas/em união que habitualmente tomam certos tipos de decisões, ela mesma ou com o marido/companheiro, por algumas características sociodemográficas, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

	Decisão concernente os cuidados de saúde da mulher	Grandes despesas do agregado	Compras de necessidades diárias do agregado	Visitas à família/parentes da mulher	Percentagem que participe nas quatro decisões	Percentagem que participe em nenhuma decisão	Efectivo de mulheres
Grupo etário							
15-19	58,1	48,2	67,0	62,6	33,3	23,8	110
20-24	62,9	52,0	73,1	69,2	38,4	16,0	285
25-29	67,9	54,2	78,7	75,1	40,8	11,9	371
30-34	72,1	57,6	76,8	73,0	45,5	12,1	330
35-39	73,4	59,0	78,5	77,5	48,2	13,6	224
40-44	76,8	59,6	76,2	77,6	48,2	9,2	242
45-49	77,2	68,2	81,3	82,1	57,1	10,0	156
Emprego (12 últimos meses)							
Não trabalhou	61,1	47,9	68,7	64,7	35,6	22,0	648
Trabalhou e pago em dinheiro	76,0	62,1	81,6	80,8	50,1	7,4	1 011
Trabalhou e não pago em dinheiro	70,3	63,3	76,7	64,2	39,5	6,4	50
Sem informação	*	*	*	*	*	*	9
Número de filhos vivos							
0	68,8	52,4	78,0	72,4	42,2	13,7	91
1-2	67,5	55,9	74,6	72,6	42,9	15,1	609
3-4	70,1	56,6	78,6	75,3	45,5	11,0	604
5+	74,1	59,3	75,9	75,3	45,2	12,8	414
Meio de residência							
Urbano	77,5	57,3	81,4	77,4	45,7	10,3	911
Rural	61,7	56,1	71,0	70,6	42,8	16,1	807
Região							
Região Centro	72,2	54,2	78,8	75,4	42,0	10,5	1 063
Região Sul	65,5	66,0	68,7	64,8	60,2	29,2	224
Região Norte	65,1	53,3	72,2	73,0	36,7	12,5	354
Região do Príncipe	76,5	81,5	86,9	90,7	65,1	3,7	77
Nível de instrução							
Nenhum	65,6	56,3	72,9	77,0	44,0	15,5	123
Primário	68,6	56,0	76,2	71,2	43,2	14,3	1 135
Secundário ou mais	74,8	58,9	78,3	80,8	47,0	9,3	460
Quintil de bem-estar económico							
O mais pobre	63,5	57,0	72,1	71,1	42,6	17,3	298
Segundo	64,6	53,8	72,6	68,7	40,9	15,9	366
Médio	73,4	59,3	78,7	76,5	46,0	11,3	338
Quarto	72,4	54,6	76,3	71,7	39,8	11,4	357
O mais rico	75,6	59,4	82,2	82,8	52,1	9,8	359
Total	70,1	56,8	76,5	74,2	44,3	13,0	1 718

* Casos de efectivos não ponderados inferiores a 25.

17.4 ATITUDES SOBRE O PAPEL DOS GÉNEROS

17.4.1 Aprovação pelas mulheres e pelos homens de certas razões que justificam o facto de bater nas mulheres

Para avaliar o grau de aceitação da violência doméstica, perguntou-se a todas as mulheres e a todos os homens se pensavam que é justificável que por certas razões citadas, um homem bata na sua mulher/companheira. Os resultados para todas as mulheres de 15-49 anos são apresentados no quadro 17.5.1.

Quadro 17.5.1 Opinião concernente o facto do marido bater na mulher: Mulheres

Percentagem de todas as mulheres que pensam que certas razões justificam que um marido/companheiro possa bater na sua mulher, segundo a razão específica e por algumas características sociodemográficas, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

	Razão que justifica que o marido possa bater na mulher:						
Características sociodemográficas	Queimar a comida	Discutir /contrair as opiniões do marido	Sair sem lhe informar	Não cuidar dos filhos	Recusar ter relações sexuais com ele	Percentagem de acordo com pelo menos uma das razões declaradas	Efectivo de mulheres
Grupo etário							
15-19	8,5	8,5	8,3	13,9	4,6	22,8	555
20-24	7,4	7,9	10,3	12,2	4,0	17,9	459
25-29	4,9	5,7	11,5	9,5	8,2	19,6	452
30-34	7,3	8,0	12,8	12,4	6,8	21,0	398
35-39	4,8	6,2	7,2	9,3	5,1	14,3	258
40-44	5,2	6,7	11,8	15,9	6,2	21,1	282
45-49	3,6	3,6	9,4	5,7	3,9	15,6	211
Emprego (12 últimos meses)							
Não trabalhou	7,3	6,5	9,8	11,3	5,9	18,7	1 123
Trabalhou e pago em dinheiro	5,5	7,1	10,6	11,7	5,2	19,3	1 399
Trabalhou e não pago em dinheiro	10,9	12,7	11,5	19,1	10,4	35,8	81
Sem informação	*	*	*	*	*	*	12
Estado civil							
Solteira	8,0	7,9	7,8	12,1	3,9	21,1	605
Casada/em união	6,3	7,0	11,2	11,6	6,6	19,2	1 718
Separada/divorciada/viúva	3,5	5,5	9,7	11,5	3,3	18,1	291
Número de filhos vivos							
0	8,2	8,0	8,9	12,0	4,0	21,0	671
1-2	6,5	6,8	9,4	11,2	5,0	17,7	779
3-4	5,7	6,1	11,7	11,9	7,2	20,4	697
5+	4,5	7,3	11,3	11,9	6,6	19,2	468
Meio de residência							
Urbano	6,5	7,7	10,2	11,7	4,9	19,3	1 433
Rural	6,3	6,1	10,2	11,8	6,5	19,8	1 182
Região							
Região Centro	6,0	6,8	9,0	10,8	5,5	19,2	1 670
Região Sul	7,8	5,0	12,1	11,7	6,8	17,6	324
Região Norte	7,5	9,2	13,8	15,0	5,9	23,1	502
Região do Príncipe	2,9	5,8	8,0	10,1	2,3	13,4	119
Nível de instrução							
Nenhum	10,5	7,3	18,4	14,5	12,0	27,5	155
Primário	6,5	8,2	11,5	13,2	6,6	21,7	1 516
Secundário ou mais	5,5	5,1	6,8	8,9	3,0	14,6	944
Quintil de bem-estar económico							
O mais pobre	8,8	9,7	12,7	16,0	8,4	23,7	462
Segundo	4,6	5,2	11,5	11,9	6,8	20,9	516
Médio	6,4	6,3	10,2	11,6	3,9	18,3	475
Quarto	6,2	8,7	10,2	11,7	4,6	20,7	557
O mais rico	6,2	5,6	7,5	8,4	4,8	14,9	605
Total	6,4	7,0	10,2	11,7	5,6	19,5	2 615

* Casos de efectivos não ponderados inferiores a 25.

De forma geral, uma mulher em cada cinco (20%) pensa que por (pelo menos) uma das razões citadas, um homem tem o direito de bater na sua mulher ou companheira. As variações de acordo com a idade são irregulares, mas é no entanto entre as mais jovens que esta opinião é mais difundida (23% no grupo de 15-19 anos contra um mínimo de 14% no grupo de 35-39 anos). Nota-se que esta opinião é frequentemente muito mais difundida entre as mulheres que trabalharam mas não foram remuneradas em dinheiro (36%), entre as sem instrução (28%), entre as que vivem num agregado de nível mais pobre (24%) e entre as da Região Norte (23%) do que entre as outras mulheres.

Os resultados, de acordo com as diferentes razões citadas, mostram que é no caso em que a mulher não cuida das crianças que a proporção de mulheres que pensam que é justificável que um homem bata na sua mulher é mais elevada (12%), isso, em especial, entre as mulheres de 40-44 anos (16%), entre as que trabalharam, mas não por dinheiro (19%), entre as mulheres sem instrução (15%), as dos agregados mais pobre (16%) e as da Região Norte (15%). Em 10% dos casos, as mulheres aprovam este comportamento do marido/companheiro quando a mulher sai sem lhe informar. Aqui também, nota-se que esta opinião é, frequentemente, mais compartilhada pelas mulheres sem instrução (18%) e pelas da Região Norte (14%). No que diz respeito às três outras razões, as proporções de mulheres que consideram que tal comportamento é justificável são mais fracas: 6% quando a mulher recusa ter relações sexuais com o seu marido, 6% quando a mulher queima a comida e 7% quando argumenta com o seu cônjuge ou contrai as suas opiniões.

O quadro 17.5.2 apresenta os resultados relativos à opinião dos homens. Numa proporção muito próxima da opinião das mulheres (22% contra 20%), os homens de 15-49 anos consideram que é justificável que por, pelo menos uma das razões citadas, um homem tem o direito de bater na sua esposa/companheira. Em especial, a proporção de homens que compartilham esta opinião é particularmente elevada entre os que vivem num agregado classificado mais pobre (32%) e os da Região Sul (36%). Pode-se sublinhar também que esta opinião é frequentemente mais compartilhada pelos jovens de 15-19 anos que pelos homens mais velhos (25% contra 14% de no grupo 45-49 anos), pelos solteiros que pelos casados/em união de facto (23% contra 20%) e pelos que têm um nível de instrução primária que pelos homens que têm um nível secundário ou mais (26% contra 16%). Os resultados, segundo as diferentes razões citadas, seguem de muito perto o que declararam as mulheres. Os homens citaram, por ordem de importância, o facto de negligenciar as crianças (14% contra 12% nas mulheres), o facto de sair sem informar o marido (12% contra 10% nas mulheres), o facto de contrair o marido (10% contra 7% nas mulheres), o facto de recusar ter relações sexuais (5% contra 6% nas mulheres) e o facto de queimar a comida (7% contra 6% nas mulheres).

Quadro 17.5.2 Opinião concernente o facto do marido bater na mulher: Homens

Percentagem de todas as mulheres que pensam que certas razões justificam que um marido/companheiro possa bater na sua mulher, segundo a razão específica e por algumas características sociodemográficas, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

Características sociodemográficas	Razão que justifica que o marido possa bater na mulher: Queimar a comida	Discutir/ contrair as opiniões do marido	Sair sem lhe informar	Não cuidar dos filhos	Recusar ter relações sexuais com ele	Percentagem de acordo com pelo menos uma das razões declaradas	Efectivo de homens
Grupos etários							
15-19	8,5	12,1	11,1	17,4	5,8	25,1	566
20-24	5,5	11,2	9,8	13,4	5,7	21,6	351
25-29	5,7	7,4	14,4	13,2	3,4	19,9	293
30-34	5,1	10,7	12,7	14,0	4,2	23,7	302
35-39	7,9	8,8	13,9	13,8	8,9	22,5	227
40-44	6,9	8,5	10,1	11,9	3,3	16,8	176
45-49	2,9	8,4	9,6	7,9	6,9	13,8	164
Emprego (12 últimos meses)							
Não trabalhou	8,7	8,2	7,6	12,6	4,9	19,9	312
Trabalhou e pago em dinheiro	6,4	10,0	12,5	14,2	5,7	21,8	1 608
Trabalhou e não pago em dinheiro	3,0	15,0	11,8	15,4	3,5	25,0	154
Sem informação	*	*	*	*	*	*	3
Estado civil							
Solteiro	7,6	11,9	10,3	14,9	6,0	23,2	936
Casado/em união	5,4	8,3	13,0	12,9	4,7	20,2	958
Separado/divorciado/viúvo	6,8	10,4	12,1	15,0	6,2	21,5	184
Número de filhos							
0	7,1	11,7	10,8	15,6	5,9	23,7	1 011
1-2	6,0	7,5	11,7	12,5	4,8	18,5	415
3-4	5,0	8,4	12,6	11,8	4,0	19,7	357
5+	6,7	10,6	13,6	13,6	6,7	21,8	294
Meio de residência							
Urbano	5,4	9,2	7,8	10,1	4,6	16,8	1 010
Rural	7,5	10,9	15,4	17,7	6,3	26,3	1 068
Região							
Região Centro	3,6	7,0	7,0	8,6	3,9	16,0	1 190
Região Sul	16,3	22,8	24,1	25,3	10,9	35,7	284
Região Norte	8,2	11,1	16,9	21,4	6,4	28,8	498
Região do Príncipe	3,7	6,6	7,0	9,4	3,6	15,0	107
Nível de instrução							
Nenhum	8,4	4,3	13,5	18,4	7,7	21,4	25
Primário	7,7	11,5	15,3	17,5	6,2	26,3	1 148
Secundário ou mais	4,9	8,6	7,1	9,5	4,4	15,9	905
Quintil de bem-estar económico							
O mais pobre	11,4	16,9	19,8	22,6	8,3	31,7	390
Segundo	7,9	10,0	17,1	17,2	6,5	27,9	408
Médio	5,0	7,6	10,2	10,7	3,2	18,3	417
Quarto	4,1	9,3	7,0	13,3	5,8	18,9	413
O mais rico	4,5	7,4	5,4	7,4	3,8	13,1	451
Total 15-49 anos	6,5	10,1	11,7	14,0	5,4	21,7	2 078
Homens 50-59 anos	7,3	7,8	8,8	13,0	4,7	18,3	218
Total dos homens 15-59	6,6	9,9	11,4	13,9	5,4	21,4	2 296

* Casos de efectivos não ponderados inferiores a 25.

17.4.2 Aprovação pelas mulheres e pelos homens de certas razões que justificam a recusa das relações sexuais com o seu marido/parceiro

Na maior parte das sociedades, é geralmente pouco admissível que uma esposa recuse ter relações sexuais com o seu marido/companheiro. Para avaliar a rejeição ou a adesão das mulheres e dos homens a estas normas tradicionais, perguntou-se-lhes se pensavam que era justificável que, por certas razões citadas, uma mulher possa recusar de ter relações sexuais com o seu cônjuge. Os resultados relativos à opinião das mulheres são apresentados no quadro 17.6.1. Cerca de duas em cada cinco mulheres (42%) consideram que é justificável que uma mulher recuse ter relações sexuais com o seu cônjuge por todas as razões citadas. Contrariamente, para 9% das mulheres, não é admissível, por nenhuma razão que uma mulher recuse ter relações sexuais com o seu marido/companheiro. Nota-se que em certos subgrupos como as mulheres jovens de 15-19 anos (16%), os solteiros (15%), bem como as mulheres da Região do Príncipe (18%), a proporção das que pensam que não é justificável, qualquer que seja a razão, que uma mulher recuse de ter relações sexuais com o seu marido/companheiro é mais elevada. Contudo, quando se considera os resultados de acordo com as razões, constata-se que 73% das mulheres pensam que é justificável que uma mulher recuse relações sexuais ao seu marido/parceiro quando ela sabe que ele tem uma doença sexualmente transmissível. Esta opinião é partilhada por uma maioria de mulheres, seja qual for a característica sócio demográfica. Contudo, pode-se sublinhar que esta proporção é ligeiramente mais fraca entre as mulheres jovens de 15-19 anos (60%), as mulheres que trabalharam mas não são remuneradas em dinheiro (55%), as mulheres do meio rural (68%), entre as sem instrução (65%) e as que vivem num agregado de nível mais pobre (68%).

O quadro 17.6.2 apresenta os resultados relativos à opinião dos homens. Cerca de um terço dos homens de 15-49 anos (34%), ou seja uma proporção mais fraca que a observada nas mulheres (42%), pensa que é justificável que as mulheres recusem ter relações sexuais com o seu cônjuge, isso em qualquer que seja a razão citada. De forma geral, constata-se que a proporção dos que partilham esta opinião aumenta com a idade, de um mínimo de 26% na faixa etária de 15-19 anos para um máximo de 42% na faixa de 40-44 anos. Além disso, nota-se que no meio rural (41% contra 26% no meio urbano), entre os dos agregados dos dois quintis mais pobres (36% nos dois casos), a proporção dos homens que pensam que é justificável que as mulheres recusem ter relações sexuais, independentemente das circunstâncias, é mais elevada que nas outras categorias. O exame dos resultados de acordo com a razão mostra que no caso de uma mulher souber que o seu cônjuge tem uma doença sexualmente transmissível, 74% dos homens consideram que a recusa das relações sexuais é justificável. Em 71% dos casos, os homens aprovam que as mulheres recusem ter relações sexuais com o marido/companheiro quando não estão com a vontade ou cansadas. Em contrapartida, se a mulher sabe que o seu marido/companheiro tem relações sexuais com outra mulher, apenas 48% dos homens julgam admissível a recusa de relações sexuais.

Quadro 17.6.1 Opinião das mulheres sobre a recusa em ter relações sexuais com o marido/companheiro

Percentagem de todas as mulheres de 15-49 anos que acham que se justifica que em certas circunstâncias, uma mulher recusa ter relações sexuais com o seu marido/companheiro, por algumas características sociodemográficas, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

Características sociodemográficas	Se justifica que uma mulher recusa ter relações sexuais com o seu marido/companheiro quando ela: Sabe que o marido tem uma doença sexualmente transmissível	Sabe que o marido tem relações sexuais com uma outra mulher	Está cansada ou não tem a vontade	Percentagem de acordo com todas as razões declaradas	Percentagem de acordo com nenhuma razão	Efectivo de mulheres
Grupo etário						
15-19	60,0	52,2	68,3	34,4	16,0	555
20-24	69,2	57,1	79,6	40,1	6,9	459
25-29	76,9	62,3	83,4	48,1	6,5	452
30-34	81,7	59,0	85,0	47,0	3,9	398
35-39	76,8	55,5	78,7	42,5	8,3	258
40-44	75,8	59,4	74,8	42,9	8,7	282
45-49	79,2	59,9	76,2	41,9	4,9	211
Emprego (12 últimos meses)						
Não trabalhou	70,6	55,5	76,9	40,8	10,1	1 123
Trabalhou e pago em dinheiro	75,9	59,7	79,2	44,4	6,7	1 399
Trabalhou e não pago em dinheiro	55,2	53,0	67,2	22,0	13,3	81
Sem informação	*	*	*	*	*	12
Estado civil						
Solteira	61,3	54,5	71,2	35,4	14,5	605
Casada/em união	75,8	58,4	79,4	43,8	6,9	1 718
Separada/divorciada/viúva	78,5	59,0	81,9	45,3	5,1	291
Número de filhos vivos						
0	61,3	54,4	72,4	35,9	14,0	671
1-2	76,9	55,7	80,1	43,7	6,1	779
3-4	76,7	60,5	80,1	44,6	6,3	697
5+	76,4	60,8	78,2	44,3	7,9	468
Meio de residência						
Urbano	76,6	56,9	79,0	43,6	6,9	1 433
Rural	68,1	58,4	76,3	40,1	10,4	1 182
Região						
Região Centro	70,2	60,4	79,5	42,8	7,3	1 670
Região Sul	80,7	49,3	78,2	41,1	11,1	324
Região Norte	76,7	56,0	75,6	42,3	8,6	502
Região do Príncipe	70,4	45,9	61,4	33,2	17,6	119
Nível de instrução						
Nenhum	65,1	45,0	72,7	31,4	12,9	155
Primário	72,5	57,7	76,9	41,8	9,2	1 516
Secundário ou mais	74,4	59,4	80,1	44,2	6,6	944
Quintil de bem-estar económico						
O mais pobre	67,9	56,4	72,6	39,2	10,7	462
Segundo	73,8	52,0	76,3	37,5	9,0	516
Médio	73,6	61,7	82,6	46,6	7,7	475
Quarto	72,2	59,5	77,0	42,6	8,0	557
O mais rico	75,3	58,2	80,0	44,0	7,4	605
Total	72,7	57,6	77,8	42,0	8,5	2 615

* Casos de efectivos não ponderados inferiores a 25.

Quadro 17.6.2 Opinião dos homens sobre a recusa da mulher em ter relações sexuais com o marido/companheiro

Percentagem de todos os homens de 15-49 anos que acham que se justifica que em certas circunstâncias, uma mulher recusa ter relações sexuais com o seu marido/companheiro, por algumas características sociodemográficas, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

	Se justifica que uma mulher recusa ter relações sexuais com o seu marido/companheiro quando ela:					
Características sociodemográficas	Sabe que o marido tem uma doença sexualmente transmissível	Sabe que o marido tem relações sexuais com uma outra mulher	Está cansada ou não tem a vontade	Percentagem de acordo com todas as razões declaradas	Percentagem de acordo com nenhuma razão	Efectivo de homens
Grupo etário						
15-19	58,9	40,5	63,9	25,6	18,2	566
20-24	73,5	46,8	72,4	31,0	8,5	351
25-29	77,9	52,9	75,5	37,8	8,1	293
30-34	79,7	46,6	69,6	33,8	7,8	302
35-39	75,5	56,0	78,3	40,2	4,7	227
40-44	88,4	54,4	66,2	42,2	5,2	176
45-49	86,3	54,7	77,7	40,0	4,1	164
Emprego (12 últimos meses)						
Não trabalhou	62,7	41,6	63,5	26,4	15,5	312
Trabalhou e pago em dinheiro	77,0	49,1	72,8	35,0	7,9	1 608
Trabalhou e não pago em dinheiro	59,0	51,3	62,7	31,7	20,4	154
Sem informação	*	*	*	*	*	3
Estado civil						
Solteiro	63,9	42,4	67,1	26,9	14,5	936
Casado/em união	81,6	53,7	73,9	39,3	5,3	958
Separado/divorciado/viúvo	79,9	48,6	71,8	37,8	11,4	184
Número de filhos vivos						
0	64,4	43,2	66,9	26,9	14,0	1 011
1-2	79,8	55,6	77,3	42,8	8,2	415
3-4	81,7	48,5	71,9	35,5	6,3	357
5+	86,0	54,4	72,7	40,9	3,1	294
Meio de residência						
Urbano	73,2	40,3	64,2	26,2	11,0	1 010
Rural	73,8	55,7	76,8	40,5	8,9	1 068
Região						
Região Centro	70,0	48,6	67,8	30,5	10,0	1 190
Região Sul	77,4	45,0	76,2	36,6	12,4	284
Região Norte	78,0	48,9	76,0	38,1	7,7	498
Região do Príncipe	80,7	48,1	63,6	37,9	12,7	107
Nível de instrução						
Nenhum	(55,6)	(61,2)	(51,3)	(34,2)	(26,3)	25
Primário	74,4	48,8	69,0	35,5	11,4	1 148
Secundário ou mais	72,9	47,0	73,3	31,1	7,6	905
Quintil de bem-estar económico						
O mais pobre	73,7	46,6	68,4	35,6	13,0	390
Segundo	74,8	51,4	67,1	36,1	11,1	408
Médio	73,1	46,4	73,6	35,1	9,4	417
Quarto	76,4	51,8	75,0	33,9	8,0	413
O mais rico	69,9	44,9	69,3	27,7	8,6	451
Total 15-49	73,5	48,2	70,7	33,6	9,9	2 078
Homens 50-59	84,2	51,9	68,2	43,4	8,9	218
Total dos homens 15-59[1]	74,5	48,5	70,4	34,5	9,8	2 296

( ) Casos de efectivos não ponderados entre 25 e 49.
* Casos de efectivos não ponderados inferiores a 25.

VIOLÊNCIA DOMÉSTICA 18

A violência doméstica é uma forma de violência baseada no género que afecta principalmente as mulheres. Considerada desde sempre como um problema do foro íntimo, a violência domestica é hoje em dia reconhecida como um fenómeno social que se observa em todas as esferas da sociedade, independentemente do nível de desenvolvimento dos países e das características sócio-económicas e culturais das pessoas. Considerada durante muito tempo como sendo um problema privado da família, a violência doméstica, em particular a violência contra a mulher, constitui hoje uma violação grave dos direitos humanos e é punível por lei. A Declaração das Nações Unidas sobre a erradicação da violência contra a Mulher, adoptada em 1993 constitui um reconhecimento a nível internacional dessa forma de discriminação contra mulher (Assembleia das Nações Unidas, 1993). Ainda, a Assembleia das Nações Unidas recomenda aos estados membros de tomar medidas para prevenir a violência doméstica e para melhor conhece os contornos do fenómeno. A melhoria das estatísticas sobre a violência doméstica faz parte das recomendações. O módulo do questionário referente à violência doméstica insere-se nesse contexto. Compreende perguntas que permitem estimar a prevalência da violência doméstica e fornecer uma descrição dos diferentes aspectos do fenómeno em STP. Os resultados são apresentados nesse capítulo.

18.1 METODOLOGIA

A violência doméstica sendo um assunto sensível, a inquiridora tinha de trabalhar com muita cautela. Foi importante para a inquiridora estabelecer com a entrevistada boas relações, um clima de confiança e garantir a confidencialidade das informações recolhidas. Esse clima de confiança foi particularmente importante para a validade dos dados. O respeito da confidencialidade da entrevista foi igualmente essencial para a segurança da mulher, caso for vítima. De facto, colocar perguntas sobre a violência doméstica, em particular a nível dos agregados familiares onde o perpetrador da violência pode estar presente no momento da entrevista, pode provocar actos suplementares de violência.

Esse módulo sobre a violência doméstica foi aplicado em todos os agregados familiares da amostra, onde apenas uma única mulher foi aleatoriamente seleccionada para responder às perguntas. Três tipos de violência doméstica foram considerados no IDS-STP. Tratam-se da violência física, da violência emocional e da violência sexual.

A violência física

Dois níveis de gravidade da violência física foram medidos: a violência física grave e a violência física moderada.

- A violência física moderada foi avaliada por meio da seguinte pergunta de respostas múltiplas:

Alguma vez o seu (último) marido/companheiro:

- Lhe empurrou, lhe sacudiu brutalmente ou lhe atirou algo?
- Lhe esbofeteou?
- Lhe torceu o braço ou lhe puxou pelos cabelos?

- Lhe bateu a soco ou com qualquer objecto que podia lhe magoar ?
- Lhe deu pontapé ou lhe arrastou pelo chão ?

- A violência física severa foi medida por meio da seguinte pergunta de múltiplas:

Alguma vez o seu (último) marido/companheiro:

- Tentou lhe estrangular ou queimar?
- Lhe ameaçou com faca, pistola ou com outro tipo de arma?

A violência sexual

Este tipo violência foi medida com base na seguinte pergunta de escolha múltipla:
Alguma vez o seu (último) marido/companheiro:

- Lhe forçou fisicamente a ter relações sexuais contra a sua vontade?
- Lhe obrigou a praticar outros tipos de actos sexuais contra a sua vontade?

A violência emocional

Para estimar esse tipo de violência, a pergunta foi formulada da seguinte maneira:

Alguma vez o seu (último) marido/companheiro:

- Lhe humilhou diante de outra pessoa (ou seja lhe disse, lhe fez algo que a deixa mal diante outras pessoas)?
- Lhe ameaçou seriamente (com maldade), ou a outra pessoa que lhe é próxima?
- Lhe insultou ou lhe abaixou?

O IDS STP analisou a violência conjugal ou seja a violência exercida pelo cônjuge, em particular pelo marido/companheiro sobre a sua esposa/companheira. A população alvo é a das mulheres casadas ou em união de facto, e as mulheres em ruptura de união ou seja as viúvas, divorciadas, separadas (violência exercidas pelo último marido/companheiro). As perguntas permitam estimar a frequência desse tipo de violência nos 12 últimos meses anteriores ao inquérito.

A abordagem utilizada para medir a violência doméstica consiste em recolher informações sobre actos específicos de violência e que são de fácil compreensão pela mulher entrevistada. O uso de diferentes tipos de abordagem, dando à mulher oportunidades para declara em várias ocasiões qualquer experiência de violência que sofreu, bem como as precauções tomadas para garantir a confidencialidade da entrevista, permitiram reduzir ao máximo as sub-declarações. Contudo, visto o silêncio a volta do fenómeno, é possível que algumas sub-declarações persistam em certas categorias sociodemográficas de mulheres. Por essa razão, recomenda-se que as interpretações diferenciadas segundo algumas categorias sociodemográficas sejam consideradas com prudência, mesmo se na maioria dos casos, os dados revelam diferenças reais.

18.2 VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

18.2.1 Violência física desde a idade de 15 anos

O quadro 18.1 apresenta as proporções de mulheres que declararam ter sido vítimas de violência física desde a idade de 15 anos, cometida pelo marido/ companheiro ou outra pessoa (próxima da mulher ou do marido/companheiro), assim como a percentagem de mulheres que sofreram algum episódio de violência nos últimos 12 meses anteriores ao inquérito. Os dados são apresentados por algumas características sociodemográficas.

Quadro 18.1 Experiência de violência doméstica

Percentagem de mulheres que declararam ter sido vítima de violência física desde os 15 anos de idade e percentagem das mulheres que foram violentadas fisicamente nos últimos 12 meses anteriores ao inquérito, por características sociodemográficas, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

Características sociodemográficas	Percentagem de mulheres que sofreram violência desde os 15 anos de idade[1]	Percentagem de mulheres que sofreram violência domestica nos últimos 12 meses			Efectivo de mulheres
		Frequentemente	AS vezes	Frequentemente ou as vezes	
Grupo etário					
15-19	26,4	1,0	6,1	7,1	329
20-24	36,6	5,3	15,9	21,2	305
25-29	37,8	5,8	21,6	27,4	342
30-39	34,5	7,0	16,7	23,8	553
40-49	31,7	3,6	19,6	23,2	451
Emprego nos últimos 12 meses					
Não trabalhou	29,9	4,9	14,3	19,2	815
Trabalhou e pago em dinheiro	34,9	4,5	17,4	22,0	1 100
Trabalhou e não pago em dinheiro	53,5	6,7	21,8	28,5	59
Sem informação	*	*	*	*	5
Estado civil					
Solteira	19,5	0,0	0,0	0,0	343
Casada/em união	36,1	5,3	19,9	25,2	1 415
Divorciada/separada/viúva	37,7	8,8	18,8	27,7	222
Meio de residência					
Urbano	33,9	4,5	18,5	23,0	1 081
Rural	32,8	5,0	13,8	18,8	899
Região					
Região Centro	30,8	3,7	16,1	19,7	1 264
Região Sul	37,9	9,7	18,9	28,6	258
Região Norte	40,8	5,4	15,4	20,8	372
Região do Príncipe	25,8	2,6	17,1	19,7	86
Nível de instrução					
Nenhum	41,6	10,8	14,3	25,1	120
Primário	37,4	5,3	19,1	24,4	1 199
Secundário ou mais	24,6	2,6	11,7	14,3	661
Quintil de bem-estar económico					
O mais pobre	46,0	9,4	18,0	27,4	356
Segundo	35,0	6,3	15,0	21,3	390
Médio	29,6	3,5	17,7	21,2	361
Quarto	26,1	2,6	14,2	16,8	431
O mais rico	32,1	2,8	17,1	20,0	442
Total	33,4	4,8	16,3	21,1	1 980

[1] Inclui os últimos 12 meses.
* Casos de efectivos não ponderados inferiores a 25.

Os resultados mostram que em STP, um terço das mulheres (33%) foi vítima de violência física desde a idade de 15 anos num momento qualquer, e 21% nos 12 últimos meses anteriores ao inquérito, indicando que para 63% das mulheres a violência foi recente. A prevalência da violência varia segundo as características sociodemográficas. Constata-se que as proporções de mulheres que declararam ter sido vitimas de actos de violência física, quer no passado ou recentemente são mais elevadas entre as mulheres de 25-29 anos do que entre as mulheres das outras faixas etárias. Nos 12 últimos meses, a violência varia de um mínimo de 7% no grupo de 15-19 anos para 27% no grupo de mulheres de 25-29 anos.

Relativamente ao exercício de uma actividade económica nos 12 últimos meses, sobressaiu variações não prescindíveis. As mulheres que tinham uma actividade económica foram mais frequentemente violentadas do que as que não tinham. Demais, as mulheres trabalhadoras não pagas em dinheiro, foram mais confrontadas com actos de violência do que as remuneradas em dinheiro (54% contra 35%). Os dados deixam transparecer uma menor amplitude da violência doméstica entre as mulheres que têm uma autonomia financeira. Por outro lado, segundo o estado civil, os resultados mostram de forma nítida, uma maior frequência da violência entre as mulheres divorciadas e separadas, quer se trata de violência passada (38%) ou recente (28%). Constata-se igualmente que 36% das mulheres casadas/em união foi vítima de violência física desde a idade de 15 anos e que 25% declarou sofrer de violência física recentemente (nos 12 últimos meses). A prevalência da violência recente é um pouco mais elevada no meio rural do que urbano (23 % contra 19 %). Nota-se igualmente diferenças por região. A proporção de mulheres vítimas de violência recente varia de um mínimo de 20% na Região Centro para um máximo de 29% na Região do Príncipe. Ainda, a prevalência da violência diminui a medida que o nível de instrução da mulher aumenta. De facto, a prevalência recente entre as mulheres sem instrução é cerca de duas vezes mais elevada (25% contra 14%). Podemos supor que a educação conferindo à mulher uma certa respeitabilidade, a protege da violência. Por outro lado, as mulheres instruídas conhecem melhor os seus direitos e por conseguinte são menos vulneráveis do que as outras mulheres. Por quintil de bem-estar económico, os resultados mostram uma percentagem elevada de vítimas no quintil mais pobre, quer no passado quer no período mais recente (respectivamente 46 % e 27 %). Ao contrário, é no quarto quintil que o fenómeno é menos expressivo (respectivamente 26% e 17%).

O quadro 18.2 apresenta a distribuição das mulheres vítimas de violência física desde a idade de 15 anos, segundo o perpetrador da violência. Os dados são apresentados por estado matrimonial da mulher. No total, em 57% dos casos, o perpetrador dos actos de violência é o marido ou o companheiro actual. Entre as mulheres não solteiras, essa proporção é de 62%. Para cerca de 18% das mulheres, a violência foi cometida pelo ex-marido ou ex-companheiro. Por outro lado, 17% das mulheres indicou como autor da violência, a mãe ou a madrasta e numa menor proporção (11%) citou o pai ou o padrasto. Essa proporção é particularmente elevada entre as solteiras (respectivamente 54 % e 39 % contra 13 % e 8 % entre as mulheres não solteiras). A severidade da educação tradicional e o autoritarismo pronunciado dos chefes de famílias poderiam explicar que os pais foram referidos com os principais perpetradores da violência. Enfim, cerca de 6 % e 5 % dos autores desses actos de violência são a irmã/irmão ou um parente por aliança.

Quadro 18.2 Perpetrador da Violência física

Percentagem das mulheres que declararam ter sido vitimas de violência física desde a idade dos 15 anos por tipo de perpetrador da violência e segundo o estado civil actual, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

Perpetrador	Estado civil: Não solteira	Estado civil: Solteira	Total
Marido/companheiro actual	62,4	na	56,1
Ex-marido/ex-companheiro	19,8	na	17,8
Amigo/parceiro sexual actual	0,2	6,6	0,9
Ex-amigo/ex-parceiro sexual	0,6	0,0	0,6
Pai/padrasto	7,5	39,4	10,7
Mãe/madrasta	13,1	54,8	17,3
Irmã/irmão	5,9	7,7	6,1
Filha/filho	0,1	0,0	0,1
Outro parente	0,0	0,0	0,0
Outro parente por aliança	3,8	na	4,7
Professor(a)	0,3	0,0	0,2
Policia/ soldado	0,1	0,0	0,1
Outro	1,9	1,3	1,9
Efectivo de mulheres	595	67	661

na = Não se aplica

18.2.2 Violência Física durante a gravidez

As consequências da violência doméstica na saúde física e mental das mulheres são graves qualquer que seja a idade ou o período da vida em que acontece. Contudo, a violência durante a gravidez põe em elevado risco a saúde da criança e da mãe. No intuito de avaliar a magnitude deste tipo de violência, foram recolhidas informações junto das mulheres grávidas ou que alguma vez engravidaram, para saber se ocorreram situações de violência físicas enquanto estavam grávidas, e quem foi o perpetrador de tais actos, no caso de uma resposta afirmativa.

O quadro 18.3 apresenta entre as mulheres grávidas ou que engravidaram, a percentagem que declarou ter sido vítima de violência física durante uma gravidez. No total, cerca de 7% das mulheres sofreu de violência física enquanto estava grávida. A proporção é mais elevada entre as mulheres da faixa etária 20-29 anos (10% em média) e menos na faixa 45-49 anos (3%). Por estado civil, as mulheres em ruptura de união (divorciadas, separadas ou viúvas) foram as mais afectadas pelo fenómeno (9% contra 5% nas solteiras). Segundo o meio de residência, os resultados mostram uma diferença a favor das mulheres do meio urbano (9% no rural contra 6% no urbano). Nas Regiões Norte e Sul, as mulheres são mais frequentemente vítimas da violência física na gravidez (9%), enquanto na Região Centro observa-se um mínimo de 6%. Ainda, as mulheres mais instruídas foram menos sujeitas a tais actos do que as outras mulheres (5 % contra 7 % entre as mulheres sem instrução e 8 % entre as do nível primário). Por quintil de bem-estar, é nos agregados mais ricos que as mulheres foram menos violentadas fisicamente durante uma gravidez (4 % contra 10 % nas mulheres do segundo quintil e 10 % nas mulheres do quintil mais pobre).

Quadro 18.3 Violência durante a gravidez

Entre as mulheres actualmente grávidas ou que já engravidaram, a percentagem que declarou ter sido violentada fisicamente durante uma gravidez, por características sociodemográficas, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

Características sociodemográficas	Percentagem violentada fisicamente durante uma gravidez	Efectivo de mulheres que já engravidaram
Grupo etário		
15-19	6,6	96
20-24	9,1	247
25-29	10,5	322
30-39	7,1	533
40-49	2,8	449
Estado civil		
Solteira		
Soltei	(5,3)	32
Casada/em união	6,5	1 394
Divorciada/separ/viúva	9,2	220
Meio de residência		
Urbano	5,5	907
Rural	8,6	740
Região		
Região Centro	5,8	1 076
Região Sul	9,0	208
Região Norte	9,1	293
Região do Príncipe	7,6	70
Nível de instrução		
Nenhum	6,7	113
Primário	7,6	1 074
Secundário ou mais	5,3	460
Quintil de bem-estar económico		
O mais pobre	10,3	312
Segundo	10,8	340
Médio	5,5	299
Quarto	4,4	348
O mais rico	3,7	349
Total	6,9	1 647

( ) casos de efectivos não ponderados entre 25 e 50.

18.3 VIOLÊNCIA SEXUAL

O quadro 18.4 mostra que entre as mulheres de 15-49 anos, um pouco mais de uma mulher em cada oito (13%) declarou ter sido forçada a ter relação sexual contra a sua vontade. Por características sociodemográficas, os resultados indicam que a violência sexual afecta todas as categorias de mulheres, e que apresentam variações segundo o bem-estar económico, o nível de instrução, o estatuto em relação ao emprego, e o estado civil. Relativamente à idade e ao estado civil, as jovens-adultas e as solteiras foram menos expostas à violência sexual (respectivamente 9% e 7%).

Grandes variações aparecem se analisarmos as diferenças, levando em consideração o estatuto em relação ao exercício de uma actividade económica, nos 12 últimos meses anteriores ao inquérito. As mulheres que exerciam uma actividade económica não pago em dinheiro, foram mais frequentemente submetidas aos actos de violência sexual (23%) do que as mulheres que não trabalhavam (11%) ou

aquelas remuneradas em dinheiro (14%). A violência sexual é mais frequente entre as mulheres do meio urbano (14%) do que entre as do meio rural (12%). Demais, o fenómeno varia consoante a região. A proporção de mulheres vítimas de violência sexual é menor na Região do Príncipe (6%) e mais elevada na Região Centro (14%).

O nível de instrução põe em evidência uma diminuição da proporção de mulheres vítimas de violência sexual à medida que aumenta o nível de escolaridade. De facto, 12% de mulheres do nível secundário ou mais reportou ter sido violentada aquando da primeira relação sexual contra 13% das mulheres do primário e 24% das mulheres que nunca frequentaram a escola.

Por outro lado, a violência sexual é mais frequente entre as mulheres dos dois quintis de bem-estar económicos mais pobres (15% em média) do que nos três outros quintis (12% em média).

Quadro 18.4 Violência sexual

Percentagem de mulheres de 18-49 anos que foram forçadas a ter relações sexuais contra a sua vontade num momento qualquer, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

Características sociodemográficas	Percentagem de mulheres forçadas a ter relações sexuais contra a sua vontade num momento qualquer[1]	Efectivo de mulheres
Grupo etário		
15-19	9,3	329
20-24	15,1	305
25-29	14,7	342
30-39	13,6	553
40-49	12,7	451
Emprego nos 12 últimos meses		
Não trabalhou	11,4	815
Trabalhou e pago em dinheiro	13,8	1 100
Trabalhou e não pago em dinheiro	22,6	59
Estado civil		
Solteira	7,0	343
Casada/em união	14,2	1 415
Divorciada/separada/viúva	15,3	222
Meio de residência		
Urbano	14,3	1 081
Rural	11,6	899
Região		
Região Centro	14,3	1 264
Região Sul	11,4	258
Região Norte	11,9	372
Região do Príncipe	6,4	86
Nível de instrução		
Nenhum	24,4	120
Primário	12,6	1 199
Secundário ou mais	11,9	661
Quintil de bem-estar económico		
O mais pobre	15,9	356
Segundo	14,8	390
Médio	9,6	361
Quarto	12,1	431
O mais rico	13,2	442
Total	13,1	1 980

[1] Inclui mulheres forcadas a ter as primeiras relações sexuais contra a sua vontade

18.4 CONTROLO EXERCIDO PELO MARIDO/COMPANHEIRO

A violência conjugal é frequentemente associada a certos comportamentos de dominação exercidos pelo marido/companheiro para controlar diversos aspectos da vida da mulher. Tais comportamentos são geralmente sinais precursores de actos de violência contra a mulher. No intuito de medir o nível de controlo exercido pelo marido/companheiro, perguntou-se às mulheres casadas/em união e em ruptura de união, se o seu marido/companheiro teve alguns comportamentos do género. Os resultados desagregados segundo algumas características sociodemográficas constam no quadro 18.5.

Quadro 18.5 Grau de controlo exercido pelo marido/companheiro

Percentagem de mulheres não solteiras (actualmente casadas/em união ou em ruptura de união), segundo o tipo de controlo do actual ou precedente marido/companheiro e por algumas características sociodemográficas, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

Características sociodemográficas	Percentagem de mulheres cujo marido/companheiro								
	Sente ciúmes se a mulher falar com outros homens	Acusa a mulher de infidelidade	Não deixa a mulher conviver com outras mulheres/ amigas	Tenta limitar o contacto da mulher com a família	Insiste em saber onde a mulher está a cada momento	Não tem confiança na mulher quanto ao dinheiro	Exerce sobre a mulher pelo menos 3 tipos de controlo	Não exerce nenhum tipo de controlo	Efectivo de mulheres
Grupo etário									
15-19	43,1	19,5	36,9	22,2	39,7	32,0	34,7	26,6	85
20-24	61,8	26,0	28,7	17,6	44,4	26,4	37,4	23,5	242
25-29	57,6	20,3	31,7	27,2	40,9	40,4	40,2	24,9	325
30-39	53,8	18,1	30,0	26,0	40,5	36,9	37,9	24,9	537
40-49	45,2	15,4	23,6	16,0	37,2	26,0	28,0	36,1	448
Emprego nos 12 últimos meses									
Não trabalhou	49,1	21,7	26,8	23,0	38,6	30,9	33,6	31,0	580
Trabalhou e pago em dinheiro	54,7	17,3	29,0	21,1	41,0	33,4	36,2	26,7	1 013
Trabalhou, não pago em dinheiro	(62,0)	(22,9)	(46,4)	(30,5)	(39,4)	(38,4)	(37,0)	(15,0)	39
Sem informação	*	*	*	*	*	*	*	*	5
Número de filhos vivos									
0	60,0	9,2	23,4	18,8	48,7	44,4	36,3	25,5	84
1-2	56,1	22,4	31,6	20,7	38,5	28,7	34,7	25,2	561
3-4	52,2	18,2	27,8	25,1	43,3	33,6	36,9	25,7	603
5+	47,4	17,7	27,4	20,0	36,0	35,0	33,9	35,4	389
Estado civil									
Actualmente casada/ em união	51,2	18,0	28,8	22,1	40,8	34,1	35,2	28,0	1 415
Uma única vez	49,3	17,8	27,1	20,4	39,6	36,0	35,2	29,5	840
.Mais de que uma vez	54,0	18,3	31,3	24,5	42,4	31,3	35,1	25,7	575
Divorciada/separada/viúva	63,1	25,8	28,6	22,0	36,6	24,6	37,0	27,0	222
Meio de residência									
Urbano	55,6	18,7	25,1	20,0	41,6	33,4	35,2	29,1	910
Rural	49,3	19,5	33,4	24,7	38,4	32,1	35,7	26,3	728
Região									
Região Centro	54,5	16,5	29,1	23,0	41,7	35,5	35,9	23,9	1 066
Região Sul	48,3	23,8	23,2	18,1	22,9	18,9	25,9	47,1	211
Região Norte	54,3	26,0	32,0	24,3	51,2	35,3	43,3	25,2	291
Região do Príncipe	34,8	14,9	27,7	9,6	24,0	23,6	22,8	41,1	70
Nível de instrução									
Nenhum	38,2	14,9	29,3	22,7	24,0	20,4	22,6	44,7	114
Primário	52,6	20,5	29,6	23,4	41,3	32,9	36,4	27,5	1 075
Secundário ou mais	57,0	16,7	26,6	18,6	41,8	35,7	36,4	24,4	448
Quintil de bem-estar económico									
O mais pobre	51,1	25,5	27,5	22,9	39,2	28,2	33,7	27,8	314
Segundo	51,2	20,4	34,4	27,9	41,0	32,4	37,9	29,6	340
Médio	52,1	18,4	28,4	19,4	35,0	26,1	31,9	29,9	296
Quarto	45,6	19,1	24,7	18,0	37,0	31,4	34,4	34,7	337
O mais rico	63,3	12,5	28,7	21,8	47,8	44,3	38,5	17,8	351
Total	52,8	19,1	28,8	22,1	40,2	32,8	35,4	27,8	1 637

Nota: O marido/companheiro refere-se ao actual marido/companheiro para as mulheres actualmente casadas/em união e ao mais recente marido/companheiro para as mulheres divorciadas, separadas ou viúvas.
( ) Caso de efectivos não ponderados entre 25 e 49.
* Caso de efectivos não ponderados inferiores a 25.

Globalmente, constata-se que mais de um terço das mulheres (35%) declarou que o cônjuge teve pelo menos três tipos de controlo. A proporção é mais elevada entre as mulheres de 25-29 anos de idade (40%), as mulheres da Região Norte (43%) e as mulheres dos agregados do quintil mais rico (39%). As outras variáveis sociodemográficas não apresentam variações importantes. Cerca de 53% das mulheres declarou comportamento de ciúmes por parte do marido quando falam com outros homens; 40% referiu o desejo do marido saber onde estava a cada momento. Por outro lado, cerca de um terço (33%) declarou a falta de confiança do marido quanto a assuntos relacionados com o dinheiro. Os outros tipos de comportamentos de controlo foram menos citados e variam entre 19% e 29%.

18.5 VIOLÊNCIA CONJUGAL

Estudar a violência doméstica necessita o exame aprofundado das violências exercidas pelos actuais maridos ou companheiros. De facto, a violência conjugal constitui a forma de violência doméstica mais comum nos adultos. Os resultados apresentados dizem respeito a três tipos de violência: emocional, física e sexual. Para permitir uma síntese dos resultados, foi elaborado um indicador de combinação desses três tipos de violência.

18.5.1 Prevalência das violências exercidas pelos cônjuges

O quadro 18.6 apresenta a percentagem de mulheres casadas/em união que foram vítimas de violência emocional, física ou sexual perpetrada pelo marido ou companheiro actual ou pelo precedente marido para as mulheres em ruptura de união. Em STP, os resultados mostram que globalmente 34% das mulheres foi confrontada a actos de violência emocional, física ou sexual por parte do marido/ companheiro. Por tipo de violência, a forma física foi a mais reportada pelas mulheres (27%). Ainda, mais de 8% referiu a submissão a actos de violência sexual. No total, cerca de três mulheres em cada dez (28%) foi vítima de violência física ou sexual. Demais, os actos de violência emocional afectaram 23% das mulheres.

Uma análise por características sociodemográficas releva que a violência conjugal quer física, sexual ou emocional mais aconteceu entre as mulheres de 20-24 anos (39%), as mulheres trabalhadoras não remuneradas em dinheiro nos 12 últimos meses (55%), as mulheres do meio urbano (36%) e da Região Sul (41%).

As mulheres mais instruídas e as mulheres do nível de bem-estar económico mais rico declararam menos casos de violência (respectivamente 29 % e 31 %). Enfim, os resultados apontam uma maior frequência da violência conjugal entre as mulheres entrevistadas cujo pai costumava agredir a sua mãe (42% contra 30% quando a mãe não foi agredida).

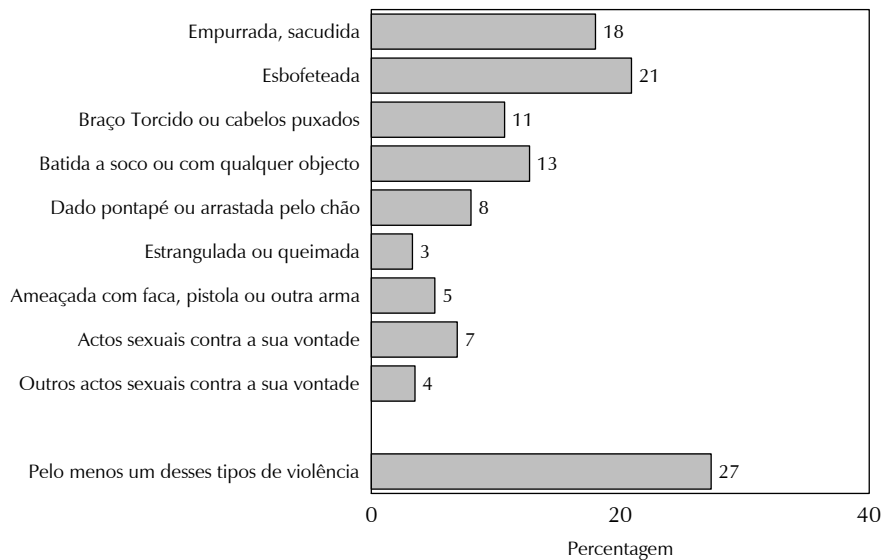
Os tipos de actos de violência conjugal sofridos pelas mulheres são representados no gráfico 18.1. De acordo com os resultados, as mulheres foram esbofeteadas e empurradas/sacudidas brutalmente respectivamente em 21% e 18% dos casos. Isso ilustra casos de abusos exercidos pelo homem devido a sua posição dominante que a sociedade o confere e ao estatuto inferior da mulher.

Quadro 18.6 Violência conjugal

Percentagem de mulheres actualmente casadas/em união, divorciadas, separadas ou viúvas que já sofreram violência física, emocional ou sexual, exercida pelo marido/companheiro actual ou precedente, segundo algumas características sociodemográficas, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

Características sociodemográficas	Violência emocional	Violência física	Violência sexual	Violência física ou sexual	Violência emocional, física ou sexual	Efectivo de mulheres
Grupo etário						
15-19	19,2	27,4	11,4	31,8	36,7	85
20-24	25,0	30,6	10,0	32,3	39,3	242
25-29	19,3	29,4	8,1	29,8	32,5	325
30-39	26,3	25,3	8,7	26,9	34,8	537
40-49	22,2	23,7	6,4	24,7	29,4	448
Emprego nos 12 últimos meses						
Não trabalhou	22,9	29,1	8,4	29,7	34,8	580
Trabalhou e pago em dinheiro	23,0	24,2	7,8	26,0	32,0	1 013
Trabalhou, não pago em dinheiro	32,6	47,4	16,8	47,4	55,3	39
Sem informação	*	*	*	*	*	5
Número de filhos vivos						
0	25,1	23,1	15,8	27,4	33,2	84
1-2	21,1	27,9	8,7	28,9	34,9	561
3-4	22,6	26,1	7,6	27,9	32,9	603
5+	26,8	26,1	7,2	26,6	33,0	389
Meio de residência						
Urbano	25,0	28,4	9,7	29,8	35,7	910
Rural	21,1	24,2	6,5	25,6	31,1	728
Região						
Região Centro	21,0	24,8	8,5	26,3	31,1	1 066
Região Sul	29,7	35,3	10,2	36,2	41,6	211
Região Norte	27,8	27,2	6,9	28,5	38,7	291
Região do Príncipe	19,0	24,2	5,4	24,6	28,0	70
Nível de instrução						
Nenhum	31,6	36,1	20,2	36,1	40,6	114
Primário	23,7	27,7	7,3	29,0	34,8	1 075
Secundário ou mais	19,9	21,2	7,6	23,1	29,0	448
Quintil de bem-estar económico						
O mais pobre	31,4	35,0	12,6	35,4	41,2	314
Segundo	23,0	25,1	8,9	26,6	33,2	340
Médio	17,5	26,5	6,9	28,0	32,0	296
Quarto	24,2	21,8	5,3	23,1	31,4	337
O mais rico	20,1	25,1	7,9	27,1	30,8	351
O pai da inquirida bateu a sua mãe						
Sim	30,0	34,7	10,0	36,9	42,4	281
Não	20,5	23,7	7,8	25,0	30,5	1 200
Não Sabe	32,1	32,7	9,2	32,7	41,0	151
Sem informação	*	*	*	*	*	5
Total	23,2	26,5	8,3	27,9	33,6	1 637

* Caso de efectivos não ponderados inferiores a 25.

Gráfico 18.1 Percentagem de mulheres alguma vez casadas/em união que sofreram diversos tipos de violência exercidos pelo marido/companheiro

18.5.2 Violência conjugal, estatuto da mulher e características dos cônjuges

Sendo na maioria dos casos o marido ou companheiro o autor da violência conjugal, é relevante estudar a variação do fenómeno levando em consideração as características deste e alguns indicadores de estatuto da mulher, bem como alguns outros parâmetros relacionados com o casal, nomeadamente a diferença de idade entre cônjuges, a diferença de nível de escolaridade, a participação da mulher na tomada de decisão no seio do casal. Igualmente foram consideradas outras variáveis comportamentais do marido/companheiro. Os resultados de análise são apresentados no quadro 18.7.

Os dados revelam que o nível de instrução do companheiro tem um impacto positivo sobre a violência conjugal e que diminui à medida que aumenta a sua escolaridade: de 41% de mulheres violentadas cujo marido nunca foi à escola, o fenómeno baixa para 34% quando o marido possui o nível primário e 33% entre as mulheres cujo cônjuge é do nível secundário ou mais. Os dados levam a pensar que a instrução adquirida permite uma abertura de espirito que permite ao homem ter uma percepção diferente da mulher e a conceda um melhor estatuto. Contudo, é de sublinhar que a violencia conjugal fica elevada, mesmo quando o marido ou companheiro é instruido. Por isso, é mesmo fundamental a consideração da abordagem do género no ensino.

Por outro lado, nota-se que a proporção de mulheres que sofreu de violência conjugal é ligeiramente mais elevada (35%) nos casais quando o marido tem um maior nível de instrução, comparativamente aos casais nos quais a mulher é mais instruída (33%) ou quando não existe uma diferença de níveis entre os cônjuges (31%). Por diferença de idade entre cônjuges, os resultados revelam variações notáveis. De facto, a proporção de vítimas de violência conjugal varia de um mínimo de 25% nos casais nos quais a mulher é de maior idade para 37% quando o marido é de idade superior a da mulher de 10 anos ou mais.

Quadro 18.7 Violência conjugal, estatuto da mulher e características dos cônjuges

Percentagem de mulheres actualmente casadas/em união, divorciadas, separadas ou viúvas que declararam ter sofrido de violência conjugal nos últimos 12 meses anteriores ao inquérito por tipo de violência, segundo algumas características dos cônjuges e algumas variáveis de estatuto da mulher, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

Características sociodemográficas	Violência emocional	Violência física	Violência sexual	Violência física ou sexual	Violência emocional, física ou sexual	Efectivo de mulheres
Nível de instrução do marido/parceiro						
Nenhum	(33,3)	(37,0)	(21,4)	(37,0)	(40,6)	27
Primário	24,1	26,5	8,3	28,0	34,1	872
Secundário ou mais	21,9	26,1	7,9	27,4	32,7	731
Consumo de álcool pelo marido/parceiro						
Não bebe	13,0	15,4	4,8	17,0	20,9	864
Bebe, mas nunca embriagado	22,6	22,3	8,2	24,1	32,8	323
As vezes embriagado	35,3	44,8	11,2	45,5	51,6	337
Frequentemente embriagado	67,5	70,8	27,4	71,2	80,4	111
Diferença de idade entre a mulher e o seu marido/parceiro						
Mulher velha ou mesma idade	20,2	17,5	5,8	18,4	24,6	118
Marido/companheiro mais velho que a mulher de 1-4 anos	25,8	27,3	10,2	27,3	29,9	74
Marido/ companheiro mais velho que a mulher de 5-9 anos	21,0	26,0	8,5	28,3	33,0	508
Marido/ companheiro mais velho que a mulher de 10 anos+	23,9	28,8	8,5	30,3	36,5	434
Diferença de instrução entre cônjuges						
Marido/companheiro com mais instrução	24,2	27,9	8,2	28,9	34,8	949
Mulher com mais instrução	23,3	23,8	7,8	25,4	32,7	298
Ambos com o mesmo nível	19,7	24,7	8,1	26,8	30,7	365
Ambos sem instrução	*	*	*	*	*	9
Número de comportamentos de controlo conjugal exercido pelo marido/companheiro						
0	10,9	13,4	6,8	16,1	19,1	456
1-2	17,2	21,9	3,1	22,4	26,9	602
3-4	35,1	38,9	11,7	40,5	49,2	420
5-6	49,8	48,8	23,2	49,3	59,6	160
Número de decisões em que a mulher participe						
0	31,9	38,6	17,5	40,5	44,5	157
1-2	29,9	31,5	9,9	33,4	40,8	280
3-4	19,0	22,6	6,1	24,0	29,4	978
Número de razões que justificam que uma mulher possa negar ter relações sexuais com o marido/companheiro						
0	22,3	32,0	4,8	32,4	36,3	111
1-2	24,6	26,3	9,1	27,5	33,8	775
3	21,9	26,0	8,0	27,7	33,1	751
Número de razões que justificam que um homem possa bater na sua mulher						
0	19,9	24,7	7,7	26,3	31,3	1 334
1-2	37,8	34,0	10,2	34,4	43,4	215
3-4	35,4	29,2	9,8	29,3	39,3	72
5	*	*	*	*	*	16
Total[1]	23,2	26,5	8,3	27,9	33,6	1 637

[1] O total inclui casos sem informação: 8 casos sobre o nível de instrução do marido, 2 casos sobre o consumo de álcool pelo marido, 20 casos de diferenças de idade entre os cônjuges, e 16 casos de diferença de nível de instrução entre os cônjuges.
( ) Casos de efectivos não ponderados entre 25 e 49;
* Casos de efectivos não ponderados inferiores a 25.

O consumo de álcool pelo marido/companheiro influencia de maneira nítida a prevalência da violência conjugal. A proporção que mulheres vítimas de violência, de qualquer tipo, aumenta quando o marido/companheiro consume álcool: de 21% de mulheres vitimas quando o marido não bebe, a proporção depara para 52% quando o marido embriaga-se de vez em quando e perfaz 80% quando o estado de ebriedade é frequente. Essa tendência verifica-se em todos os tipo de violência (emocional, física, sexual).

O poder de decisão das mulheres no seio do agregado familiar está relacionado com o seu estatuto. Assim, é de esperar uma variação do fenómeno em função do estatuto da mulher. De acordo com os resultados, a violência aumenta consoante o aumento do grau de controlo exercido pelo marido através de um certo número de comportamentos (ciúmes, falta de confiança, controlo de contacto ou de movimento e gestão financeira). De facto, a prevalência soube de 19% entre as mulheres submetidas a nenhum controlo para 27% quando o número de comportamentos de controlo situa-se entre1-2 e para 60% no caso de um elevado número de controlo (5-6 comportamentos).

Demais, os resultados deixam transparecer uma relação entre a prevalência da violência conjugal e a participação da mulher na tomada de decisão no sei do casal. De 45% entre as mulheres que não participam em nenhuma tomada de decisão, a prevalência da violência física ou sexual vária para 41% quando a sua implicação na participação é de 1-2 decisões, para 29% entre as mulheres implicadas em 3-4 decisões. De igual modo, a violência conjugal é menos frequente entre as mulheres que acham que nenhuma razão pode justificar que um homem possa bater na sua mulher do que entre as que acham normal e aceitam o contrário (31% contra 39% nas mulheres que deram 3-4 razões). No que concerne a opinião sobre os direitos para uma mulher recusar relação sexual com o marido ou companheiro devido a alguns motivos, os resultados indicam uma prevalência pouco mais elevada (36%) entre as mulheres que acham que nenhuma razão pode justificar a recusa de relação sexual do que entre as que pensam que por algumas razões a mulher pode adoptar tal comportamento (33% no caso de 3 razões justificando um tal comportamento).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACC/SCN. 2000. *Four report on the world nutrition situation*. Geneva: ACC/SNC in collaboration with IFPRI.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). 1998. Recommendations to prevent and control iron deficiency in the United States. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 47 (RR-3): 1-29.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). 2003. *Serological assays for human immunodeficiency virus antibody in dried-blood specimens collected on filter paper*. Atlanta, Georgia, USA: CDC.

Centro de Estúdios Demográficos y Sociales (CEDS) [República Dominicana], e ORC Macro. 2003. *Encuesta Demográfica y de Salud da República Dominicana 2002.* Santo Domingo, República Dominicana: CEDS e ORC Macro.

DeMayer, E.M. et al. 1989. *Preventing and controlling iron deficiency anaemia through primary health care: A guide for health administrators and programme managers*. Genève: Organisation Mondiale de la Santé.

Dirren H., M.H. Logman, D.V. Barcley, e W.B. Freire. 1994. Altitude correction for hemoglobin. *European Journal of Clinical Nutrition* 48(9): 625-632.

Institut National de la Statistique (INSTAT) [Madagascar] et ORC Macro. 2005. *Enquête Démographique et de Santé de Madagascar 2003-2004*. Calverton, Maryland, USA: INSTAT et ORC Macro.

Instituto Nacional da Estatística (INE) [Moçambique], Ministério da Saúde (MS) [Moçambique] e ORC Macro. 2003. *Inquérito Demográfico e de Saúde 2003*. Calverton, Maryland, USA: INE e ORC Macro.

Instituto Nacional de Estatística (INE) [Cabo Verde], Ministério da Saúde, e Macro International. 2008. *Segundo Inquérito Demográfico e de Saúde Reprodutiva, Cabo Verde, IDSR-II, 2005*. Calverton, Maryland, USA: INE.

Masuy-Strobant, G. 1995. Santé et mortalité infantile: Indicateurs et comparabilité. Dans Josianne Duchene et Guillaume Wunsch, *Chaire Quetelet*, 1991: *Collecte et comparabilité des données démographiques et sociales en Europe*, LLN, Academia-l'Harmattan, pp. 371-399.

Ministério de Saúde, Centro Nacional de Endemias, Programa Nacional de Luta contra o Sida. 2008 *Rapport de situation nationale à l'intention de l'UNGASS.* São Tomé, São Tomé e Principe.

Ndiaye, S., e M. Ayad. 2006. *Enquête Démographique et de Santé au Sénégal 2005*. Calverton, Maryland, USA: Centre de Recherche pour le Développement Humain [Sénégal] et ORC Macro.

ORC Macro. 2001. *Model "B" questionnaire with commentary for low contraceptive prevalence countries*. MEASURE DHS+ Basic Documentation Nº2. Calverton, Maryland, USA: ORC Macro.

ORC Macro. 2002. *Interviewer's manual, for use with model "B" questionnaire for low contraceptive prevalence countries*. MEASURE DHS+ Basic Documentation Nº4. Calverton, Maryland, USA: ORC Macro.

Rutstein, Shea O. e G. Rojas. 2003. *Guide to DHS Statistics*, Demographic and Health Surveys, ORC Macro, Calverton, Maryland.

Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil (BEMFAM) e Macro International. 1997. *Brasil, Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde 1996*. Rio de Janeiro, Brasil: BEMFAM e Macro International Inc.

Straus, M.A. 1990. Measuring intrafamily conflict and violence: The conflict tactic (CT) scales. In *Physical violence in American families: Risk factors and adaptations to violence in 8,145 families*, ed. M.A. Straus, R.J. Gelles, and C. Smith. New Brunswick: Transaction Publishers.

Sullivan, J.M., G.T. Bicego, e S.O. Rutstein. 1990. Assessment of the quality of data used for the direct estimation of infant and child mortality in the Demographic and Health Surveys. In *An assessment of DHS-I data quality*. DHS Methodological Reports Nº1. Columbia, Maryland, USA: Institute for Resource Development/Macro System, Inc.

Yip, R. 1994. Changes in iron metabolism with age. In *Iron metabolism in health and disease*, 427-448, ed. J.H. Brock, J. Halliday and L. Powell. London: W.B. Saunders.

PLANO DE SONDAGEM *ANEXO* A

A.1 INTRODUÇÃO

O Inquérito Demográfico e Sanitário de São Tome e Príncipe (IDS-STP 2008-2009) é um inquérito nacional representativo que previa uma amostra de 3200 mulheres com idade entre os 15 e 49 anos inquiridas com sucesso. Essas mulheres provêem de uma amostra de 3865 agregados seleccionados. O objectivo principal do inquérito foi recolher informações sobre a fecundidade, o conhecimento e a utilização dos métodos contraceptivos, a saúde materna e infantil, e as atitudes em relação às infecções sexualmente transmissíveis (IST) e à sida e a prevalência do VIH na população geral. O inquérito visa produzir resultados representativos para todo o país, para o meio urbano e o meio rural, e para cada uma das quatro regiões do país.

Na amostra de homens com idade entre 15 e 59 anos, seleccionados numa sub-amostra de agregados familiares escolhidos para o inquérito das mulheres (um em cada dois), o intuito foi de avaliar seus conhecimentos e a utilização da contracepção, suas opiniões em matéria de fecundidade e de planeamento familiar, assim como suas atitudes em relação às IST e ao VIH/sida. Todas as mulheres e todos os homens elegíveis para o inquérito individual foram igualmente elegíveis para o teste do VIH.

A.2 BASE DE SONDAGEM

O recenseamento geral da população realizado em 2001 serviu de base de sondagem. A base de sondagem é um ficheiro informático de 149 Distritos de Recenseamento (DR) criados para as necessidades do recenseamento de 2001. Nessa base, cada DR aparece com todos os seus códigos geográficos/administrativos, seu tamanho populacional em termos de número de agregados e tipo de meio de residência. Os limites de cada DR são identificáveis em mapas criados para as necessidades do recenseamento de 2001. Em São Tome e Príncipe existem seis domínios e foram agrupados para formar quatro regiões. A distribuição dos DR's e a distribuição dos agregados familiares por região e por domínio são apresentadas no Quadro A.1.

Quadro A.1 Distribuição de DR e de agregados por região e por domínio

Região	Domínio	Número de agregados familiares	Número de DRs	Distribuição de agregados familiares
Região Centro	Agua Grande	12 642	58	0,373
	Mé-Zochi	8 386	36	0,247
Região Sul	Cantagalo	3 416	15	0,101
	Caué	1 303	7	0,038
Região Norte	Lembá	2 682	12	0,079
	Lobata	3 855	15	0,114
Região Do Príncipe	Príncipe	1 605	6	0,047
São Tomé e Príncipe		33 889	149	1,000

A.3 AMOSTRAGEM

O procedimento escolhido para a tiragem da amostra do IDS-STP 2008 foi uma tiragem aleatória, estratificada e a dois graus. A unidade primária de amostra, também denominada UPA, é o DR. A parte urbana e a parte rural de cada domínio correspondem cada uma a um estrato de amostragem. No total, foram criados 14 estratos de amostragem. A amostra de primeiro grau é tirada de forma independente em cada estrato, e a amostra de segundo grau é tirada de forma independente em cada unidade primária identificada no primeiro grau. Antes da tiragem do primeiro grau, a base de sondagem é tirada em função das unidades geográficas/administrativas. Após a tiragem de primeiro grau, uma operação de contagem (actualização da lista dos agregados) foi efectuada em cada um dos DR's escolhidos na perspectiva de obter o número exacto de agregados familiares ordinárias residindo no DR, que serviu de base de sondagem para a tiragem no segundo grau.

O quadro A.2 seguinte apresenta a distribuição da amostragem por estrato. Visto que o número total de DR é pequeno, os DR's foram recenseados em todas as regiões excepto a região Centro. Além disso, devíamos proceder à tiragem de um grande número de agregados familiar nos DR's recenseados para obter o número mínimo de efectivos necessários para o inquérito individual mulher. Com efeito, os DR's recenseados foram tratados como estratos de amostragem. O quadro A.3 seguinte apresenta a distribuição dos agregados seleccionados e os números de mulheres que se espera entrevistar com sucesso.

Quadro A.2 Distribuição da amostragem por estrato

	Número de estratos seleccionados		
Região	Urbano	Rural	Total
Região Centro	34	15	49
Região Sul	9	13	22
Região Norte	8	19	27
Região Do Príncipe	1	5	6
São Tome e Príncipe	52	52	104

Source: Le RGPH 2007

Quadro A.3 Distribuição de agregados familiares e mulheres que se espera entrevistar com sucesso

	Número de agregados familiares seleccionados			Número de mulheres esperadas		
Região	Urbano	Rural	Total	Urbano	Rural	Total
Região Centro	816	405	1221	801	360	1 161
Região Sul	324	623	947	254	494	748
Região Norte	313	684	997	247	539	786
Região Do Príncipe	100	600	700	76	455	531
São Tome e Príncipe	1 553	2 312	3 865	1378	1 848	3 226

A.4 PROBABILIDADES DE SONDAGEM

As probabilidades de tiragem serão calculadas por cada grau de tiragem e em cada estrato. As notações são as seguintes:

P_{1hi}: probabilidade de tiragem no primeiro grau da i^a UPA do estrato h

P_{2hi}: probabilidade de tiragem no segundo grau da i^a UPA do estrato h

Sendo a_h o número de UPA tiradas no estrato h, M_{hi} o número de agregados familiares da i^a UPA no estrato h e $\sum M_{hi}$ o número total de agregados familiares do estrato h.

No primeiro grau, a probabilidade de tirar esta UPA na amostra é dada pela fórmula:

$$P_{1hi} = \frac{a_h \times M_{hi}}{\sum M_{hi}}$$

No segundo grau, um número b_h de agregados familiares foi tirado a partir dos L_{hi} contados pela equipa do IDS-STP, 2008, na i^a UPA do estrato h aquando da actualização da lista dos agregados familiares para os DR's seleccionados. Assim, no segundo grau, a probabilidade de tirar um agregado nesta UPA nos é fornecida por:

$$P_{2hi} = \frac{b_h}{L_{hi}}$$

A probabilidade global P_{hi} de tirar um agregado na i^a UPA do estrato h é pois o produto das duas probabilidades P_{1hi} e P_{2hi} :

$$P_{hi} = P_{1hi} \times P_{2hi}$$

Como a repartição da amostra não é proporcional, há necessidade de utilizar o ponderador de sondagem para todas as análises utilizando os dados deste inquérito. O ponderador de sondagem é o inverso da probabilidade global com eventuais correcções das não-respostas e normalização:

$$W_{hi} = 1/P_{hi} = \frac{\sum M_{hi}}{a_h \times M_{hi}} \times \frac{L_{hi}}{b_h}$$

A.5 RESULTADOS DOS INQUÉRITOS

Os Quadros A.4 e A.5 apresentam os resultados detalhados dos inquéritos aos agregados familiares, mulheres e homens segundo o meio de residência. Na sequência da classificação dos agregados segundo os diferentes códigos, a taxa de resposta para o inquérito aos agregados é calculada da seguinte forma:

$$\frac{100 * (1)}{(a) + (b) + (c) + (d) + (e)}$$

Da mesma forma, a taxa de resposta das mulheres e aquela dos homens são calculadas da seguinte forma:

$$\frac{100 * (a)}{(1) + (2) + (3) + (4) + (5) + (6) + (7)}$$

A taxa de resposta global das mulheres é o produto da taxa de resposta dos inquéritos aos agregados familiares e da taxa de resposta das mulheres; a taxa de resposta global dos homens é o produto da taxa de resposta dos agregados familiares e da taxa de resposta dos homens.

Quadro A.4 Resultados do inquérito: Mulheres

Distribuição percentual de agregados familiares e mulheres elegíveis segundo o resultado das entrevistas agregado familiar e individual, e taxas de resposta dos agregados familiares, mulheres elegíveis e taxa global de resposta, por meio de residência e domínio, São Tome e Príncipe 2008-2009

	Meio de residência		Região				
Resultado das entrevistas	Urbano	Rural	Região Centro	Região Sul	Região Norte	Região do Príncipe	Total
Agregados familiares seleccionados							
Completos (a)	89,8	92,6	89,7	96,6	92,9	85,7	91,5
Agregado presente, mas nenhum membro competente para o inquérito (b)	1,0	0,4	1,1	0,2	0,4	0,6	0,6
Adiada (c)	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Recusa (d)	4,8	5,0	4,0	1,1	6,0	10,1	4,9
Alojamento não encontrado (e)	0,3	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,1
Agregado ausente (f)	1,2	0,1	1,6	0,1	0,0	0,1	0,5
Alojamento vazio/nenhum alojamento no endereço (g)	0,9	0,0	1,1	0,0	0,0	0,0	0,4
Alojamento destruído (h)	0,6	0,6	0,7	0,5	0,4	0,9	0,6
Outro (i)	1,4	1,3	1,3	1,5	0,3	2,6	1,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Efectivo de agregados seleccionados	1 552	2 313	1 221	948	996	700	3 865
Taxa de respostas dos agregados (TRA)	93,7	94,5	94,2	98,7	93,5	88,9	94,2
Mulheres elegíveis							
Completo (1)	89,7	89,8	90,3	95,9	82,0	92,7	89,8
Ausente (2)	4,1	5,9	4,5	0,2	11,9	2,0	5,1
Adiada (3)	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Recusa (4)	3,7	2,9	3,4	2,1	4,2	3,1	3,3
Parcialmente preenchido (5)	1,3	0,6	1,2	0,6	1,2	0,4	0,9
Incapacidade (6)	0,9	0,8	0,4	1,2	0,7	1,8	0,9
Outro (7)	0,2	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Efectivo de mulheres	1 307	1 606	1 036	663	763	451	2 913
Taxa de resposta das mulheres elegíveis (TRM)	89,7	89,8	90,3	95,9	82,0	92,7	89,8
Taxa de reposta geral (TRG)	84,1	84,8	85,0	94,7	76,7	82,4	84,5

[1] Utilizando a classificação dos agregados segundo os diferentes códigos resultados, a taxa de resposta (TRA) é calculada de seguinte modo:

$$\frac{100 * a}{a + b + c + d + e}$$

[2] Utilizando a classificação das mulheres elegíveis segundo os diferentes códigos resultados, a taxa de resposta para o inquérito mulher (TRM) é calculada de seguinte modo:

$$\frac{100 * A}{1 + 2 + 3 + 4 + 5 + 6 + 7}$$

[3] A taxa de resposta global (TRG) é calculada de seguinte modo:

$$TRG = TRA * TRM/100$$

Quadro A.5 Resultados do inquérito: Homens

Distribuição percentual de agregados familiares e homens elegíveis segundo o resultado das entrevistas agregado familiar e individual, e taxas de resposta dos agregados familiares, homens elegíveis e taxa global de resposta, por meio de residência e domínio, São Tome e Príncipe 2008-2009

	Meio de residência		Região				
Resultado das entrevistas	Urbano	Rural	Região Centro	Região Sul	Região Norte	Região do Príncipe	Total
Agregados familiares seleccionados							
Completos (a)	89,8	92,6	89,7	96,6	92,9	85,7	91,5
Agregado presente, mas nenhum membro competente para o inquérito (b)	1,0	0,4	1,1	0,2	0,4	0,6	0,6
Adiada (c)	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Recusa (d)	4,8	5,0	4,0	1,1	6,0	10,1	4,9
Alojamento não encontrado (e)	0,3	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,1
Agregado ausente (f)	1,2	0,1	1,6	0,1	0,0	0,1	0,5
Alojamento vazio/nenhum alojamento no endereço (g)	0,9	0,0	1,1	0,0	0,0	0,0	0,4
Alojamento destruído (h)	0,6	0,6	0,7	0,5	0,4	0,9	0,6
Outro (i)	1,4	1,3	1,3	1,5	0,3	2,6	1,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Efectivo de agregados seleccionados	1 552	2 313	1 221	948	996	700	3 865
Taxa de resposta dos agregados (TRA)	93,7	94,5	94,2	98,7	93,5	88,9	94,2
Homens elegíveis							
Completo (1)	75,7	75,1	72,1	90,8	58,2	89,6	75,4
Ausente (2)	13,0	17,1	17,8	2,1	28,8	6,4	15,4
Adiada (3)	0,2	0,1	0,2	0,1	0,1	0,0	0,1
Recusa (4)	8,8	7,0	7,6	6,0	11,9	2,8	7,7
Parcialmente preenchido (5)	0,5	0,3	0,8	0,0	0,3	0,2	0,4
Incapacidade (6)	1,4	0,5	1,2	0,5	0,7	1,0	0,9
Outro (7)	0,4	0,1	0,3	0,4	0,0	0,0	0,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Efectivo de homens	1 235	1 812	921	730	897	499	3 047
Taxa de reposta dos homens elegíveis (TRH)	75,7	75,1	72,1	90,8	58,2	89,6	75,4
Taxa de resposta global (TRG)	70,9	71,0	67,9	89,6	54,4	79,6	71,0

[1] Utilizando a classificação dos agregados segundo os diferentes códigos resultados, a taxa de resposta (TRA) é calculada de seguinte modo:

$$\frac{100 * a}{a + b + c + d + e}$$

[2] Utilizando a classificação dos homens elegíveis segundo os diferentes códigos resultados, a taxa de resposta para o inquérito homem (TRH) é calculada de seguinte modo:

$$\frac{100 * A}{1 + 2 + 3 + 4 + 5 + 6 + 7}$$

[3] A taxa de resposta global (TRG) é calculada de seguinte modo:

$$TRG = TRA * TRH/100$$

ERROS DE SONDAGEM

As estimações obtidas a partir de um inquérito por sondagem estão sujeitas a dois tipos de erros: os erros de medida e os erros de sondagem. Os erros de medida são aqueles associados à implementação da recolha e à exploração dos dados tais como a omissão dos agregados seleccionados, a má interpretação das perguntas por parte dos inquiridores ou dos inquiridos, ou os erros de introdução dos dados. Apesar de tudo ter sido feito para minimizar esse tipo de erro durante a implementação do IDS, São Tome e Príncipe 2008-2009, é difícil evitar e avaliar todos os erros de medição.

No entanto, os erros de sondagem podem ser avaliados estatisticamente. A amostra seleccionada para o IDS, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009 é apenas um tipo entre um grande número de amostras do mesmo tamanho que podem ser seleccionadas na mesma população com o mesmo plano de sondagem. Cada uma dessas amostras pode produzir resultados um pouco diferentes daqueles obtidos com a amostra escolhida. O erro de sondagem é uma medição desta variabilidade entre todas as amostras possíveis. Apesar dessa variabilidade não poder ser medida com exactidão, ela pode no entanto ser estimada a partir dos dados recolhidos.

O *Desvio-padrão (ET)* é um índice particularmente útil para medir o erro de sondagem de um parâmetro (média, proporção ou taxa), é a raiz quadrada da variança do parâmetro. O desvio-padrão pode ser utilizado para calcular os intervalos de confiança nos quais se considera estar o verdadeiro valor do parâmetro com um certo nível de confiança. Por exemplo, o verdadeiro valor de um parâmetro encontra-se nos limites do seu valor estimado mais ou menos duas vezes o seu desvio-padrão, com um nível de confiança de 95%.

Se a amostra tivesse sido tirada a partir de um plano de sondagem aleatório simples, teria sido possível utilizar fórmulas simples para calcular os erros de sondagem. No entanto, sendo a amostra do IDS-STP, uma amostra estratificada e tirada a dois graus, fórmulas mais complexas foram utilizadas. Um procedimento ICF Macro SAS foi utilizado para calcular os erros de sondagem seguindo a metodologia estatística adequada. Este procedimento utiliza o método de linearização (Taylor) para estimações tais como as médias ou proporções, e o método de Jackknife para as estimações mais complexas tais como o índice sintético de fecundidade e os quocientes de mortalidade.

O método de linearização trata cada proporção ou média como sendo uma estimação de rácio, $r = y/x$, com y o valor do parâmetro para a amostra total, e x o número total de casos no conjunto (ou sub-conjunto) da amostra. A variança de r é estimada por:

$$ET^2(r) = var(r) = \frac{1-f}{x^2} \sum_{h=1}^{H} \left[\frac{m_h}{m_h - 1} \left(\sum_{i=1}^{m_h} z_{hi}^2 - \frac{z_h^2}{m_h} \right) \right]$$

na qual

$$z_{hi} = y_{hi} - rx_{hi} \text{ , e } \quad z_h = y_h - rx_h$$

onde h representa o estrato que vai de 1 a H,
m_h é o número total de unidades primárias de amostra (UPA) tiradas no estrato h,
y_{hi} é a soma dos valores ponderados do parâmetro y na UPA i do estrato h,
x_{hi} é a soma dos números ponderados de casos na UPA i do estrato h, e
f é a taxa global de sondagem que é negligenciável

O método de Jacknife deriva as estimações das taxas complexas a partir de cada uma das sub-amostras da amostra principal, e calcula as varianças dessas estimações com fórmulas simples. Cada sub-amostra exclui *uma* UPA nos cálculos das estimações. Assim, sub-amostras pseudo-independentes foram criadas. No IDS-STP, existem 104 UPA não-vazias. Por conseguinte, 104 sub-amostras foram criadas. A variança de uma taxa r é calculada da seguinte forma:

$$ET^2(r) = var(r) = \frac{1}{k(k-1)} \sum_{i=1}^{k} (r_i - r)^2$$

na qual

$$r_i = kr - (k-1)r_{(i)}$$

onde r é a estimação calculada a partir da amostra principal de 104 UPA,
$r_{(i)}$ é a estimação calculada a partir da amostra reduzida de 103 UPA (i^a UPA excluída),
k é o número total de UPA.

Existe um segundo índice muito útil que é a raiz quadrada do efeito do plano de sondagem (REPS) ou efeito de UPA: é a relação do desvio-padrão observada no desvio-padrão que teria sido obtido se uma sondagem aleatória simples havia sido utilizada. Este índice revela em que medida o plano de sondagem escolhido se aproxima de uma amostra aleatória simples de mesmo tamanho: o valor 1 da REPS indica que o plano de sondagem é tanto eficaz quanto uma amostra aleatória simples, enquanto que um valor superior a 1 indica um crescimento do erro de sondagem devido a um plano de sondagem mais complexo e menos eficaz do ponto de vista estatístico. O software calcula igualmente o erro relativo e o intervalo de confiança para cada estimação.

Os erros de sondagem para o IDS-STP foram calculados para algumas variáveis fundamentais. Os resultados do inquérito são apresentados neste anexo para São Tome e Príncipe 2008-2009, para as 4 regiões. Para cada variável, o tipo de estatística (média, proporção ou taxa) e a população de base são apresentados no Quadro B.1. Os Quadros B.2 a B.6 apresentam o valor da estatística (M), o desvio-padrão (ET), o número de casos não ponderados (N) e os ponderados (N'), a raiz quadrada do efeito do plano de sondagem (REPS), o erro relativo (ET/M), e o intervalo de confiança a 95% (M±2ET) para cada variável. O efeito do plano de sondagem (REPS) é não-definido quando o desvio padrão, sob a amostra aleatória simples é zero (quando a estimação é próxima de 0 ou 1). No caso do índice sintético de fecundidade, o número de casos não-ponderados não é pertinente, porque o valor não-ponderado de mulheres-anos de exposição ao risco de gravidez não é conhecido.

O intervalo de confiança é interpretado da seguinte forma: para a variável *Crianças nascidas vivas*, o IDS-STP indicou um número médio de crianças nascidas vivas de 2,722 para o conjunto das mulheres, ao qual corresponde um desvio-padrão de 0,069 crianças. Em 95% das amostras de tamanho e características idênticos, o valor real do número médio de crianças nascidas vivas das mulheres com idade entre 15 e 49 anos encontra-se entre 2,722 - 2×0,069 e 2,722 + 2×0,069, ou seja 2,585 e 2,860.

Para a amostra nacional das mulheres, a média da raiz quadrada do efeito do plano de sondagem (REPS) calculada para todas as estimações é de 1,307 o que significa que, comparando com uma amostra aleatória simples, o erro de sondagem é multiplicado em média por um factor de 1,307 porque utiliza-se um plano de sondagem complexo (por UPA e a vários graus) e menos eficaz.

Quadro B.1 Variáveis utilizadas para o cálculo dos erros de sondagem, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

Variável	Estimação	População de base
	MULHER	
Alfabetizada	Proporção	Todas as mulheres 15-49
Sem instrução	Proporção	Todas as mulheres 15-49
Instrução secundária ou mais	Proporção	Todas as mulheres 15-49
Nunca casada (em união)	Proporção	Todas as mulheres 15-49
Actualmente casada (em união)	Proporção	Todas as mulheres 15-49
Crianças nascidas vivas	Média	Todas as mulheres 15-49
Crianças sobreviventes	Média	Todas as mulheres 15-49
Crianças nascidas vivas de mulheres 40-49	Média	Mulheres 40-49
Utiliza actualmente um método contraceptivo	Proporção	Mulheres actualmente casadas (em união) 15-49
Utiliza actualmente um método moderno	Proporção	Mulheres actualmente casadas (em união) 15-49
Utiliza actualmente a pílula	Proporção	Mulheres actualmente casadas (em união) 15-49
Utiliza actualmente DIU	Proporção	Mulheres actualmente casadas (em união) 15-49
Utiliza actualmente preservativos	Proporção	Mulheres actualmente casadas (em união) 15-49
Utiliza actualmente injecções	Proporção	Mulheres actualmente casadas (em união) 15-49
Utiliza actualmente a esterilização feminina	Proporção	Mulheres actualmente casadas (em união) 15-49
Utiliza actualmente a abstinência periódica	Proporção	Mulheres actualmente casadas (em união) 15-49
Utiliza actualmente o coito interrompido	Proporção	Mulheres actualmente casadas (em união) 15-49
Não quer mais filhos	Proporção	Mulheres actualmente casadas (em união) 15-49
Número de filhos ideal	Média	Todas as mulheres 15-49
Diarréia nas 2 últimas semanas	Proporção	Crianças com menos de 5 anos
Recebeu tratamento SRO	Proporção	Crianças com diarreia nas 2 últimas semanas
Consultou pessoal médico	Proporção	Crianças com diarreia nas 2 últimas semanas
Possui um cartão de saúde, visto	Proporção	Crianças com 12-23 meses
Recebeu vacina BCG	Proporção	Crianças com 12-23 meses
Recebeu vacina DTCoq (3 doses)	Proporção	Crianças com 12-23 meses
Recebeu vacina de polio (3 doses)	Proporção	Crianças com 12-23 meses
Recebeu vacina sarampo	Proporção	Crianças com 12-23 meses
Vacinado contra todas as doenças	Proporção	Crianças com 12-23 meses
Índice sintético de fecundidade (3 anos)	Taxa	Mulheres-anos de exposição ao risco de gravidez
Quociente de mortalidade néonatal[1]	Taxa	Número de crianças expostas à morte
Quociente de mortalidade infantil[1]	Taxa	Número de crianças expostas à morte
Quociente de mortalidade juvenil[1]	Taxa	Número de crianças expostas à morte
Quociente de mortalidade infanto-juvenil[1]	Taxa	Número de crianças expostas à morte
Quociente de mortalidade pós-neonatal[1]	Taxa	Número de crianças expostas à morte
Prevalência do VIH	Proporção	Todas as mulheres 15-49 te
	HOMEM	
Alfabetizado	Proporção	Todos os homens 15-59
Sem instrução	Proporção	Todos os homens 15-59
Instrução secundária ou mais	Proporção	Todos os homens 15-59
Nunca casado (em união)	Proporção	Todos os homens 15-59
Actualmente casado (em união)	Proporção	Todos os homens 15-59
Prevalência do VIH (15-49)	Proporção	Todos os homens 15-59 testados
Prevalência do VIH (15-59)	Proporção	Todos os homens 15-59 testados
	MULHER E HOMEM	
Prevalência do VIH (15-49)	Proporção	Todos os homens e mulheres 15-49 testados

[1] Últimos 5 anos para a taxa nacional, e últimos 10 anos para a taxa regional

Quadro B.2 Erros de amostragem: amostra nacional, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

Variable	M	ET	N	NW	REPS	ET/M	M-2ET	M+2ET
MULHER								
Alfabetizada	0,850	0,009	2615	2615	1,262	0,010	0,832	0,867
Sem instrução	0,059	0,006	2615	2615	1,385	0,108	0,046	0,072
Instrução secundária ou mais	0,361	0,014	2615	2615	1,488	0,039	0,333	0,389
Nunca casada/em união	0,231	0,011	2615	2615	1,282	0,046	0,210	0,253
Actualmente casada/em união	0,657	0,013	2615	2615	1,453	0,021	0,630	0,684
Crianças nascidas vivas	2,722	0,069	2615	2615	1,379	0,025	2,585	2,860
Crianças sobreviventes	2,471	0,059	2615	2615	1,352	0,024	2,353	2,590
Crianças nascidas vivas de mulheres de 40-49 anos	5,810	0,135	506	493	1,208	0,023	5,540	6,080
Utiliza actualmente um metodo contraceptivo	0,384	0,018	1754	1718	1,579	0,048	0,347	0,421
Utiliza actualmente um metodo moderno	0,337	0,018	1754	1718	1,578	0,053	0,301	0,372
Utiliza actualmente a pílula	0,151	0,011	1754	1718	1,331	0,076	0,128	0,173
Utiliza actualmente DIU	0,004	0,002	1754	1718	1,223	0,464	0,000	0,008
Utiliza actualmente preservativos	0,050	0,006	1754	1718	1,156	0,121	0,038	0,062
Utiliza actualmente injecções	0,115	0,009	1754	1718	1,211	0,080	0,096	0,133
Utiliza actualment a esterilização feminina	0,012	0,003	1754	1718	1,155	0,251	0,006	0,018
Utiliza actualmente a abstinência periódica	0,012	0,003	1754	1718	1,335	0,289	0,005	0,019
Utiliza actualmente coito interrompido	0,028	0,006	1754	1718	1,402	0,196	0,017	0,039
Não quer mais filhos	0,522	0,014	1754	1718	1,194	0,027	0,493	0,550
Número de filhos ideal	3,459	0,040	2574	2570	1,305	0,011	3,380	3,538
Diarreias nas 2 últimas semanas	0,158	0,011	1851	1749	1,162	0,067	0,137	0,179
Recebeu tratamento SRO	0,513	0,048	230	276	1,471	0,093	0,418	0,609
Consulto pessoal médico	0,490	0,046	230	276	1,442	0,094	0,398	0,582
Possui um cartão de saúde (vacinas)	0,930	0,015	377	341	1,092	0,016	0,899	0,960
Recebeu vacina BCG	0,961	0,011	377	341	1,020	0,012	0,938	0,984
Recebeu DTCoq (3 doses)	0,874	0,021	377	341	1,129	0,024	0,833	0,916
Recebeu polio (3 doses)	0,867	0,022	377	341	1,182	0,026	0,822	0,911
Recebeu vacina sarampo	0,840	0,024	377	341	1,208	0,029	0,791	0,889
Vacinado contra todas as doenças	0,766	0,030	377	341	1,279	0,039	0,706	0,825
Índice sintética de fecundidade (3 anos)	4,904	0,160	na	7354	1,329	0,033	4,583	5,224
Quotiente de mortalidade neonatal (0-4 anos)	18,416	3,893	1939	1842	1,183	0,211	10,631	26,201
Quotiente de mortalidade pós-neonatal (0-4 anos)	19,791	3,223	1932	1839	1,042	0,163	13,345	26,237
Quotiente de mortalidade infantil (0-4 anos)	38,207	4,898	1941	1846	1,034	0,128	28,411	48,004
Quotiente de mortalidade juvenil (0-4 anos)	25,335	7,167	1837	1751	1,445	0,283	11,001	39,670
Quotiente de mortalidade infanto-juvenil (0-4 anos)	62,574	9,313	1964	1867	1,377	0,149	43,948	81,201
Prevalência do VIH	0,013	0,003	2550	2378	1,191	0,206	0,008	0,018
HOMEM								
Alfabetizada	0,938	0,007	2075	2078	1,360	0,008	0,924	0,953
Sem instrução	0,012	0,003	2075	2078	1,119	0,225	0,007	0,017
Instrução secundária ou mais	0,436	0,019	2075	2078	1,706	0,043	0,398	0,473
Nunca casado/em união	0,450	0,015	2075	2078	1,345	0,033	0,421	0,480
Actualmente casado/em união	0,461	0,015	2075	2078	1,354	0,032	0,431	0,491
Prevalência do VIH (15-49)	0,017	0,004	1950	2110	1,277	0,218	0,010	0,025
Prevalênce do VIH (15-59)	0,018	0,003	2160	2332	1,210	0,193	0,011	0,025
MULHER E HOMEM								
Prevalência do VIH (15-49)	0,015	0,002	4500	4488	1,307	0,158	0,010	0,020

na = Não se aplica

Quadro B.3 Erros de amostragem: amostra região Centro, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

Variable	M	ET	N	NW	REPS	ET/M	M-2ET	M+2ET
MULHER								
Alfabetizada	0,893	0,012	935	1670	1,203	0,014	0,869	0,917
Sem instrução	0,050	0,009	935	1670	1,279	0,182	0,032	0,068
Instrução secundária ou mais	0,431	0,021	935	1670	1,307	0,049	0,389	0,474
Nunca casada/em união	0,258	0,015	935	1670	1,077	0,060	0,227	0,289
Actualmente casada/em união	0,636	0,020	935	1670	1,271	0,031	0,596	0,676
Crianças nascidas vivas	2,519	0,099	935	1670	1,226	0,039	2,322	2,716
Crianças sobreviventes	2,288	0,085	935	1670	1,203	0,037	2,118	2,457
Crianças nascidas vivas de mulheres de 40-49 anos	5,463	0,199	181	313	1,065	0,036	5,065	5,861
Utiliza actualmente um metodo contraceptivo	0,379	0,027	595	1063	1,380	0,073	0,324	0,434
Utiliza actualmente um metodo moderno	0,320	0,026	595	1063	1,371	0,082	0,268	0,373
Utiliza actualmente a pílula	0,136	0,016	595	1063	1,149	0,119	0,103	0,168
Utiliza actualmente DIU	0,005	0,003	595	1063	0,937	0,524	0,000	0,011
Utiliza actualmente preservativos	0,062	0,009	595	1063	0,916	0,146	0,044	0,080
Utiliza actualmente injecções	0,100	0,014	595	1063	1,120	0,138	0,073	0,128
Utiliza actualment a esterilização feminina	0,011	0,004	595	1063	1,011	0,386	0,003	0,020
Utiliza actualmente a abstinência periódica	0,016	0,005	595	1063	1,063	0,343	0,005	0,027
Utiliza actualmente coito interrompido	0,037	0,009	595	1063	1,138	0,239	0,019	0,054
Não quer mais filhos	0,530	0,020	595	1063	0,971	0,038	0,490	0,570
Número de filhos ideal	3,374	0,054	920	1643	1,127	0,016	3,266	3,482
Diarreias nas 2 últimas semanas	0,189	0,015	572	1024	0,841	0,077	0,159	0,218
Recebeu tratamento SRO	0,457	0,062	107	193	1,166	0,135	0,334	0,581
Consulto pessoal médico	0,448	0,061	107	193	1,178	0,136	0,326	0,570
Possui um cartão de saúde (vacinas)	0,936	0,023	111	191	0,952	0,024	0,891	0,981
Recebeu vacina BCG	0,973	0,015	111	191	0,985	0,016	0,942	1,004
Recebeu DTCoq (3 doses)	0,887	0,032	111	191	1,050	0,036	0,822	0,951
Recebeu polio (3 doses)	0,864	0,033	111	191	0,999	0,038	0,797	0,930
Recebeu vacina sarampo	0,813	0,041	111	191	1,079	0,050	0,731	0,894
Vacinado contra todas as doenças	0,748	0,047	111	191	1,126	0,063	0,653	0,843
Índice sintética de fecundidade (3 anos)	4,553	0,215	na	4690	1,132	0,047	4,123	4,984
Quotiente de mortalidade neonatal (0-4 anos)	26,009	5,208	1143	2047	1,029	0,200	15,593	36,426
Quotiente de mortalidade pós-neonatal (0-4 anos)	20,848	3,723	1140	2039	0,849	0,179	13,402	28,295
Quotiente de mortalidade infantil (0-4 anos)	46,858	5,713	1148	2056	0,807	0,122	35,432	58,284
Quotiente de mortalidade juvenil (0-4 anos)	25,169	6,957	1117	2010	1,106	0,276	11,256	39,082
Quotiente de mortalidade infanto-juvenil (0-4 anos)	70,848	8,404	1151	2062	0,956	0,119	54,040	87,655
Prevalência do VIH	0,010	0,003	903	1519	0,953	0,313	0,004	0,017
HOMEM								
Alfabetizada	0,963	0,009	593	1190	1,204	0,010	0,944	0,982
Sem instrução	0,009	0,004	593	1190	0,944	0,406	0,002	0,016
Instrução secundária ou mais	0,534	0,033	593	1190	1,592	0,061	0,468	0,599
Nunca casado/em união	0,498	0,023	593	1190	1,122	0,046	0,452	0,544
Actualmente casado/em união	0,437	0,023	593	1190	1,125	0,053	0,391	0,483
Prevalênce do VIH (15-49)	0,018	0,005	545	1208	0,940	0,294	0,008	0,029
Prevalênce do VIH (15-59)	0,018	0,005	611	1349	0,947	0,285	0,008	0,028
MULHER E HOMEM								
Prevalênce do VIH (15-49)	0,014	0,003	1448	2727	1,111	0,247	0,007	0,021

na = Não se aplica

Quadro B.4 Erros de amostragem: amostra região Sul, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

Variable	M	ET	N	NW	REPS	ET/M	M-2ET	M+2ET
MULHER								
Alfabetizada	0,739	0,027	636	324	1,553	0,037	0,685	0,793
Sem instrução	0,106	0,014	636	324	1,163	0,134	0,077	0,134
Instrução secundária ou mais	0,199	0,023	636	324	1,442	0,115	0,153	0,245
Nunca casada/em união	0,179	0,020	636	324	1,285	0,109	0,139	0,218
Actualmente casada/em união	0,693	0,024	636	324	1,322	0,035	0,644	0,741
Crianças nascidas vivas	3,152	0,128	636	324	1,209	0,041	2,897	3,408
Crianças sobreviventes	2,901	0,115	636	324	1,198	0,040	2,672	3,131
Crianças nascidas vivas de mulheres de 40-49 anos	6,157	0,178	143	73	0,873	0,029	5,801	6,514
Utiliza actualmente um metodo contraceptivo	0,335	0,025	448	224	1,119	0,075	0,285	0,385
Utiliza actualmente um metodo moderno	0,319	0,029	448	224	1,304	0,090	0,261	0,377
Utiliza actualmente a pílula	0,116	0,017	448	224	1,110	0,145	0,082	0,149
Utiliza actualmente DIU	0,000	0,000	448	224	na	na	0,000	0,000
Utiliza actualmente preservativos	0,013	0,006	448	224	1,074	0,439	0,002	0,025
Utiliza actualmente injecções	0,156	0,021	448	224	1,196	0,132	0,115	0,197
Utiliza actualment a esterilização feminina	0,015	0,006	448	224	1,090	0,416	0,003	0,028
Utiliza actualmente a abstinência periódica	0,000	0,000	448	224	na	na	0,000	0,000
Utiliza actualmente coito interrompido	0,011	0,005	448	224	1,096	0,492	0,000	0,022
Não quer mais filhos	0,554	0,020	448	224	0,839	0,036	0,515	0,594
Número de filhos ideal	3,406	0,059	629	320	0,934	0,017	3,287	3,524
Diarréias nas 2 últimas semanas	0,079	0,025	472	233	1,856	0,319	0,029	0,129
Recebeu tratamento SRO	0,692	0,124	34	18	1,480	0,179	0,444	0,939
Consulto pessoal médico	0,786	0,050	34	18	0,726	0,064	0,686	0,887
Possui um cartão de saúde (vacinas)	0,972	0,014	107	50	0,840	0,014	0,944	1,000
Recebeu vacina BCG	0,955	0,017	107	50	0,723	0,018	0,921	0,990
Recebeu DTCoq (3 doses)	0,925	0,024	107	50	0,922	0,026	0,876	0,974
Recebeu polio (3 doses)	0,945	0,024	107	50	1,033	0,025	0,898	0,992
Recebeu vacina sarampo	0,891	0,028	107	50	0,887	0,031	0,836	0,947
Vacinado contra todas as doenças	0,855	0,031	107	50	0,838	0,036	0,793	0,917
Índice sintética de fecundidade (3 anos)	5,449	0,319	na	917	0,736	0,058	4,811	6,086
Quotiente de mortalidade neonatal (0-4 anos)	7,525	2,915	976	483	0,981	0,387	1,695	13,355
Quotiente de mortalidade pós-neonatal (0-4 anos)	23,480	7,090	981	485	1,506	0,302	9,300	37,660
Quotiente de mortalidade infantil (0-4 anos)	31,005	7,014	976	483	1,322	0,226	16,976	45,034
Quotiente de mortalidade juvenil (0-4 anos)	31,242	7,670	965	473	1,413	0,245	15,903	46,581
Quotiente de mortalidade infanto-juvenil (0-4 anos)	61,278	10,205	982	486	1,455	0,167	40,869	81,688
Prevalência do VIH	0,008	0,004	631	295	1,098	0,473	0,000	0,016
HOMEM								
Alfabetizada	0,919	0,012	596	284	1,114	0,014	0,894	0,944
Sem instrução	0,019	0,004	596	284	0,795	0,233	0,010	0,028
Instrução secundária ou mais	0,317	0,037	596	284	1,951	0,118	0,243	0,392
Nunca casado/em união	0,423	0,032	596	284	1,556	0,075	0,360	0,486
Actualmente casado/em união	0,495	0,032	596	284	1,541	0,064	0,432	0,559
Prevalênce do VIH (15-49)	0,012	0,007	578	288	1,625	0,623	0,000	0,026
Prevalênce do VIH (15-59)	0,014	0,007	643	320	1,614	0,541	0,000	0,029
MULHER E HOMEM								
Prevalênce do VIH (15-49)	,010	0,004	1209	583	1,499	0,428	0,001	0,019

na = Não se aplica

Quadro B.5 Erros de amostragem: amostra região Norte, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

Variable	M	ET	N	NW	REPS	ET/M	M-2ET	M+2ET
MULHER								
Alfabetizada	0,763	0,015	626	502	0,865	0,019	0,733	0,792
Sem instrução	0,069	0,010	626	502	0,943	0,139	0,050	0,088
Instrução secundária ou mais	0,235	0,017	626	502	1,027	0,074	0,200	0,269
Nunca casada/em união	0,184	0,015	626	502	0,978	0,082	0,154	0,215
Actualmente casada/em união	0,706	0,017	626	502	0,957	0,025	0,671	0,740
Crianças nascidas vivas	3,070	0,108	626	502	0,999	0,035	2,854	3,286
Crianças sobreviventes	2,756	0,092	626	502	0,974	0,034	2,571	2,941
Crianças nascidas vivas de mulheres de 40-49 anos	6,715	0,181	108	86	0,779	0,027	6,353	7,076
Utiliza actualmente um metodo contraceptivo	0,403	0,028	442	354	1,203	0,070	0,347	0,460
Utiliza actualmente um metodo moderno	0,370	0,028	442	354	1,226	0,076	0,314	0,426
Utiliza actualmente a pílula	0,203	0,022	442	354	1,124	0,106	0,160	0,246
Utiliza actualmente DIU	0,003	0,003	442	354	1,129	0,969	0,000	0,009
Utiliza actualmente preservativos	0,034	0,008	442	354	0,921	0,234	0,018	0,050
Utiliza actualmente injecções	0,115	0,009	442	354	0,562	0,074	0,098	0,132
Utiliza actualment a esterilização feminina	0,013	0,004	442	354	0,804	0,333	0,004	0,022
Utiliza actualmente a abstinência periódica	0,005	0,003	442	354	1,036	0,706	0,000	0,012
Utiliza actualmente coito interrompido	0,018	0,004	442	354	0,555	0,193	0,011	0,025
Não quer mais filhos	0,448	0,030	442	354	1,280	0,068	0,387	0,509
Número de filhos ideal	3,758	0,092	609	489	1,327	0,025	3,573	3,943
Diarréias nas 2 últimas semanas	0,145	0,019	513	408	1,149	0,129	0,108	0,183
Recebeu tratamento SRO	0,636	0,075	71	59	1,272	0,118	0,486	0,787
Consulto pessoal médico	0,534	0,065	71	59	1,054	0,121	0,405	0,664
Possui um cartão de saúde (vacinas)	0,888	0,033	106	84	1,005	0,037	0,822	0,955
Recebeu vacina BCG	0,936	0,028	106	84	1,041	0,030	0,880	0,992
Recebeu DTCoq (3 doses)	0,799	0,028	106	84	0,652	0,035	0,744	0,855
Recebeu polio (3 doses)	0,810	0,043	106	84	1,033	0,053	0,723	0,896
Recebeu vacina sarampo	0,848	0,028	106	84	0,709	0,033	0,792	0,903
Vacinado contra todas as doenças	0,716	0,043	106	84	0,928	0,060	0,630	0,802
Índice sintética de fecundidade (3 anos)	5,735	0,280	na	1415	1,295	0,049	5,174	6,296
Quotiente de mortalidade neonatal (0-4 anos)	19,398	5,241	975	773	0,978	0,270	8,916	29,879
Quotiente de mortalidade pós-neonatal (0-4 anos)	42,076	6,357	970	767	1,017	0,151	29,362	54,790
Quotiente de mortalidade infantil (0-4 anos)	61,474	9,157	979	776	1,084	0,149	43,159	79,789
Quotiente de mortalidade juvenil (0-4 anos)	24,644	5,945	959	752	0,766	0,241	12,753	36,535
Quotiente de mortalidade infanto-juvenil (0-4 anos)	84,603	12,667	988	782	1,175	0,150	59,269	109,94
Prevalência do VIH	0,022	0,008	601	456	1,416	0,389	0,005	0,038
HOMEM								
Alfabetizada	0,890	0,019	483	498	1,329	0,021	0,853	0,928
Sem instrução	0,015	0,006	483	498	1,096	0,399	0,003	0,028
Instrução secundária ou mais	0,278	0,018	483	498	0,872	0,064	0,242	0,313
Nunca casado/em união	0,374	0,026	483	498	1,166	0,069	0,323	0,426
Actualmente casado/em união	0,486	0,025	483	498	1,076	0,050	0,437	0,535
Prevalênce do VIH (15-49)	0,018	0,008	435	506	1,206	0,428	0,003	0,033
Prevalênce do VIH (15-59)	0,020	0,006	470	544	1,002	0,325	0,007	0,033
MULHER E HOMEM								
Prevalênce do VIH (15-49)	0,020	0,005	1036	962	1,069	0,234	0,010	0,029

na = Não se aplica

Quadro B.6 Erros de amostragem: amostra região do Principe, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

Variable	M	ET	N	NW	REPS	ET/M	M-2ET	M+2ET
				MULHER				
Alfabetizada	0,907	0,007	418	119	0,504	0,008	0,893	0,922
Sem instrução	0,017	0,007	418	119	1,135	0,418	0,003	0,032
Instrução secundária ou mais	0,350	0,023	418	119	0,999	0,067	0,304	0,397
Nunca casada/em união	0,202	0,019	418	119	0,943	0,092	0,165	0,239
Actualmente casada/em união	0,648	0,030	418	119	1,301	0,047	0,587	0,709
Crianças nascidas vivas	2,934	0,100	418	119	0,834	0,034	2,734	3,134
Crianças sobreviventes	2,678	0,090	418	119	0,824	0,034	2,498	2,857
Crianças nascidas vivas de mulheres de 40-49 anos	6,065	0,216	74	21	0,898	0,036	5,633	6,497
Utiliza actualmente um metodo contraceptivo	0,507	0,038	269	77	1,238	0,075	0,432	0,583
Utiliza actualmente um metodo moderno	0,466	0,043	269	77	1,407	0,092	0,380	0,552
Utiliza actualmente a pílula	0,217	0,028	269	77	1,115	0,129	0,161	0,274
Utiliza actualmente DIU	0,000	0,000	269	77	na	na	0,000	0,000
Utiliza actualmente preservativos	0,055	0,013	269	77	0,903	0,228	0,030	0,080
Utiliza actualmente injecções	0,189	0,015	269	77	0,615	0,078	0,160	0,219
Utiliza actualment a esterilização feminina	0,004	0,004	269	77	1,061	1,010	0,000	0,012
Utiliza actualmente a abstinência periódica	0,026	0,007	269	77	0,689	0,259	0,012	0,039
Utiliza actualmente coito interrompido	0,007	0,006	269	77	1,062	0,758	0,000	0,018
Não quer mais filhos	0,654	0,030	269	77	1,038	0,046	0,594	0,715
Número de filhos ideal	3,544	0,030	416	119	0,390	0,008	3,485	3,604
Diarréias nas 2 últimas semanas	0,062	0,006	294	83	0,438	0,097	0,050	0,074
Recebeu tratamento SRO	0,569	0,203	18	5	1,736	0,356	0,164	0,974
Consulto pessoal médico	0,506	0,212	18	5	1,799	0,419	0,082	0,930
Possui um cartão de saúde (vacinas)	0,944	0,032	53	16	1,068	0,034	0,880	1,009
Recebeu vacina BCG	0,964	0,025	53	16	1,021	0,026	0,913	1,015
Recebeu DTCoq (3 doses)	0,964	0,025	53	16	1,021	0,026	0,913	1,015
Recebeu polio (3 doses)	0,964	0,025	53	16	1,021	0,026	0,913	1,015
Recebeu vacina sarampo	0,964	0,025	53	16	1,021	0,026	0,913	1,015
Vacinado contra todas as doenças	0,964	0,025	53	16	1,021	0,026	0,913	1,015
Indice sintética de fecundidade (3 anos)	5,001	0,367	na	333	1,124	0,073	4,267	5,735
Quotiente de mortalidade neonatal (0-4 anos)	4,745	3,151	589	168	1,112	0,664	0,000	11,047
Quotiente de mortalidade pós-neonatal (0-4 anos)	11,135	5,325	587	167	1,148	0,478	0,486	21,785
Quotiente de mortalidade infantil (0-4 anos)	15,881	7,491	590	168	1,469	0,472	0,898	30,863
Quotiente de mortalidade juvenil (0-4 anos)	42,233	8,840	571	163	1,098	0,209	24,553	59,912
Quotiente de mortalidade infanto-juvenil (0-4 anos)	57,443	7,341	594	169	0,741	0,128	42,761	72,125
Prevalência do VIH	0,027	0,006	415	108	0,800	0,235	0,014	0,040
				HOMEM				
Alfabetizada	0,944	0,007	403	107	0,602	0,007	0,930	0,958
Sem instrução	0,006	0,002	403	107	0,496	0,317	0,002	0,010
Instrução secundária ou mais	0,392	0,042	403	107	1,739	0,108	0,307	0,477
Nunca casado/em união	0,344	0,044	403	107	1,845	0,128	0,256	0,431
Actualmente casado/em união	0,525	0,029	403	107	1,181	0,056	0,466	0,584
Prevalênce do VIH (15-49)	0,016	0,008	392	108	1,321	0,524	0,000	0,033
Prevalênce do VIH (15-59)	0,022	0,006	436	120	0,828	0,264	0,010	0,034
				MULHER E HOMEM				
Prevalênce do VIH (15-49)	0,022	0,005	807	217	0,972	0,230	0,012	0,032

na = Não se aplica

QUADROS DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS DADOS

ANEXO C

Quadro C.1 Distribuição da população dos agregados familiares por idade

Distribuição da população (de-jure) no seio dos agregados familiares, por idade em ano simples, e segundo o sexo (efectivos ponderados), IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

Idade	Mulheres		Homens		Idade	Mulheres		Homens	
	Número	Percentagem	Número	Percentagem		Número	Percentagem	Número	Percentagem
0	218	3,1	224	3,4	37	64	0,9	52	0,8
1	195	2,8	217	3,3	38	62	0,9	51	0,8
2	216	3,1	198	3,0	39	58	0,8	63	1,0
3	231	3,3	226	3,5	40	79	1,1	60	0,9
4	184	2,6	186	2,9	41	51	0,7	42	0,6
5	168	2,4	174	2,7	42	87	1,3	62	1,0
6	225	3,2	229	3,5	43	60	0,9	39	0,6
7	199	2,9	192	2,9	44	56	0,8	52	0,8
8	198	2,9	216	3,3	45	58	0,8	38	0,6
9	182	2,6	180	2,8	46	53	0,8	39	0,6
10	196	2,8	206	3,2	47	53	0,8	44	0,7
11	149	2,1	181	2,8	48	40	0,6	45	0,7
12	168	2,4	207	3,2	49	46	0,7	41	0,6
13	207	3,0	182	2,8	50	74	1,1	40	0,6
14	153	2,2	191	2,9	51	51	0,7	27	0,4
15	110	1,6	131	2,0	52	45	0,7	38	0,6
16	151	2,2	159	2,4	53	45	0,7	30	0,5
17	123	1,8	174	2,7	54	44	0,6	27	0,4
18	167	2,4	127	1,9	55	42	0,6	20	0,3
19	124	1,8	141	2,2	56	22	0,3	29	0,4
20	117	1,7	110	1,7	57	24	0,3	32	0,5
21	106	1,5	98	1,5	58	33	0,5	25	0,4
22	141	2,0	96	1,5	59	24	0,3	15	0,2
23	94	1,4	110	1,7	60	60	0,9	48	0,7
24	89	1,3	83	1,3	61	25	0,4	19	0,3
25	101	1,5	108	1,7	62	18	0,3	14	0,2
26	86	1,2	64	1,0	63	21	0,3	28	0,4
27	106	1,5	81	1,2	64	25	0,4	21	0,3
28	112	1,6	67	1,0	65	19	0,3	36	0,6
29	119	1,7	70	1,1	66	22	0,3	8	0,1
30	110	1,6	82	1,3	67	18	0,3	25	0,4
31	84	1,2	66	1,0	68	32	0,5	29	0,4
32	104	1,5	99	1,5	69	21	0,3	17	0,3
33	84	1,2	71	1,1	70+	288	4,2	219	3,4
34	77	1,1	59	0,9	Não sabe/SI	3	0,0	2	0,0
35	67	1,0	60	0,9					
36	56	0,8	75	1,2	Total	6 945	100,0	6 517	100,0

Quadro C.2.1 Distribuição das mulheres por idade

Distribuição da população (de facto) do sexo feminino de 10-54 anos, e percentagem de mulheres elegíveis que foram entrevistadas (efectivo ponderado), IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

Grupos quinquenais	População feminina de 10-54 anos nos agregados	Mulheres entrevistadas de 15-49		Percentagem de mulheres
		Número	Percentagem	
10-14	874	na	na	na
15-19	676	591	21,3	87,4
20-24	548	480	17,3	87,6
25-29	524	476	17,2	90,8
30-34	459	426	15,4	92,7
35-39	308	271	9,8	88,0
40-44	333	304	11,0	91,3
45-49	251	221	8,0	88,3
50-54	260	na	na	na
15-49	3 100	2 769	100,0	89,3

Obs: A população de facto inclui todas as pessoas (residentes e visitantes) que dormiram no domicílio na noite anterior à entrevista. Foram utilizados os factores de ponderação do agregado familiar.
na = Não se aplica

Quadro C.2.2 Distribuição dos homens por idade

Distribuição da população (de facto) do sexo masculino de 10-64 anos, e percentagem de homens elegíveis que foram entrevistados (efectivo ponderado), IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

Grupos quinquenais	População masculina de 10-64 anos nos agregados familiares	Homens entrevistados de 15-59		Percentagem de homens elegíveis entrevistados
		Número	Percentagem	
10-14	968	na	na	na
15-19	732	537	24,4	73,4
20-24	497	337	15,3	67,7
25-29	389	283	12,8	72,7
30-34	376	283	12,8	75,2
35-39	301	220	10,0	73,1
40-44	255	172	7,8	67,4
45-49	207	158	7,2	76,2
50-54	162	119	5,4	73,6
55-59	120	92	4,2	76,3
60-64	130	na	na	na
15-59	3 040	2 200	100,0	72,4

Obs: A população de facto inclui todas as pessoas (residentes e visitantes) que dormiram no domicílio na noite anterior à entrevista. Foram utilizados os factores de ponderação do agregado familiar.
na = Não se aplica

Quadro C.3 Cobertura do registo

Percentagem de Informação em falta (perdida), segundo algumas perguntas de demografia e saúde, IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

Tipo de informação	Grupo de referência	Percentagem com informação em falta	Número de casos
Data de nascimento	Nascimentos dos 15 últimos anos		
Mês somente		1,17	4 866
Mês e ano		0,19	4 866
Idade ao óbito	Nascimentos dos 15 últimos anos	3,17	379
Idade/data da primeira união[1]	Mulheres casadas/em união	1,75	2 010
	Homens casadas/em união	2,17	1 355
Nível de instrução	Todas as mulheres	0,00	2 615
	Todas as homens	0,06	2 296
Diarreia durante as 2 últimas semanas	Crianças de 0-59 meses	1,81	1 749
Anemia[2]			
Anemia nas crianças	Crianças de 6-59 meses	8,79	1 863
Anemia nas mulheres	Mulheres seleccionadas para a anemia	12,93	3 100
Anemia nos homens	Todos os homens	32,22	3 040

[1] Sem informação sobre a idade e o ano
[2] Não testadas

Quadro C.4 Nascimentos por anos do calendário desde o nascimento

Distribuição dos nascimentos por ano calendário desde o nascimento para as crianças sobreviventes (S), mortas (M), e todas as crianças (T), segundo a percentagem de crianças com uma data de nascimento completa, relação de masculinidade dos nascimentos, e relação de nascimentos por ano calendário (ponderado), IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

Ano de calendário	Número de nascimentos			Percentagem com data de nascimento completa[1]			Relação de masculinidade dos nascimentos[2]			Relação de nascimentos por ano calendário[3]		
	S	M	T	S	M	T	S	M	T	S	M	T
0	2	0	2	100,0	na	100,0	0,0	na	0,0	na	na	na
1	357	17	374	100,0	90,3	99,6	101,1	659,3	108,1	na	na	na
2	340	12	352	100,0	100,0	100,0	116,2	1 786,9	122,9	95,3	82,4	94,8
3	356	12	368	100,0	100,0	100,0	86,8	109,0	87,4	101,0	65,6	99,2
4	366	24	390	100,0	94,5	99,7	105,8	313,2	112,5	110,2	153,4	112,1
5	308	20	327	99,6	97,5	99,5	97,1	660,9	106,3	94,5	94,8	94,5
6	286	18	303	100,0	100,0	100,0	99,3	1 324,7	109,7	87,6	62,7	85,6
7	345	36	381	98,7	95,9	98,5	94,9	156,2	99,5	119,3	196,4	124,0
8	292	19	312	97,4	98,1	97,5	110,1	69,7	107,1	92,3	56,0	88,7
9	289	33	321	98,3	100,0	98,4	104,8	127,9	106,9	100,7	148,4	104,1
0-4	1 421	65	1 486	100,0	95,4	99,8	101,4	351,0	106,5	na	na	na
5-9	1 519	126	1 645	98,8	98,1	98,8	100,8	187,6	105,6	na	na	na
10-14	1 315	165	1 480	97,8	96,2	97,6	105,1	76,3	101,4	na	na	na
15-19	957	126	1 082	96,7	89,7	95,9	112,4	95,1	110,3	na	na	na
20+	1 251	174	1 426	97,4	91,2	96,7	97,6	132,4	101,3	na	na	na
Toutes	6 463	656	7 119	98,3	93,9	97,9	102,8	125,3	104,7	na	na	na

na = Não se aplica
[1] Ano e mês de nascimento declarados
[2] (Nm/Nf) x100, onde Nm e Nf referem-se a nascimentos de crianças do sexo masculino e feminino, respectivamente
[3] [2Nx/(Nx-1+Nx+1)]x100, onde Nx é o número de nascimentos ocorridos no ano x.

Quadro C.5 Declaração da idade ao óbito em dias

Distribuição de óbitos declarados de crianças menores de 1 mês de idade, por idade ao falecimento em dias, e percentagem de óbitos neonatais declarados como ocorridos entre 0-6 dias de idade, para nascimentos ocorridos nos períodos de 5 anos anteriores ao inquérito (ponderado), IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

Idade ao óbito (dias)	Número de anos anteriores ao inquérito				Total
	0-4	5-9	10-14	15-19	0-19
<1	2	5	6	9	22
1	12	13	6	4	36
2	1	2	1	1	5
3	1	3	5	0	10
4	0	1	0	0	1
5	1	2	2	0	6
7	4	0	0	1	5
8	1	1	1	1	4
9	0	0	1	0	1
10	1	3	1	0	6
12	0	0	2	0	2
13	1	0	0	0	1
15	8	5	0	1	13
18	0	1	0	0	1
20	1	0	4	1	7
21	1	0	0	0	1
22	0	0	0	3	3
25	0	1	0	0	1
30	0	0	0	1	1
Total 0-30	36	37	31	22	127
Pourcentage néonatal précoce[1]	48,9	68,7	68,4	67,7	62,8

[1] 0- 6 dias / 0-30 dias

Quadro C.6 Declaração da idade ao óbito em meses

Distribuição de óbitos declarados de crianças menores de 2 anos de idade, por idade ao falecimento em meses, e percentagem de óbitos declarados como ocorridos com menos de um mês de idade, para nascimentos ocorridos nos períodos de 5 anos anteriores ao inquérito (ponderado), IDS São Tome e Príncipe 2008-2009

Idade ao óbito (meses)	Número de anos anteriores ao inquérito				Total
	0-4	5-9	10-14	15-19	0-19
<1[a]	36	37	31	22	127
1	6	5	4	4	19
2	5	4	10	5	23
3	3	4	2	5	13
4	3	4	6	2	16
5	1	2	3	4	9
6	6	5	15	10	37
7	1	0	5	6	11
8	2	4	5	4	16
9	1	8	3	4	16
10	0	1	1	1	3
11	3	0	5	2	10
12	3	11	18	8	40
13	0	0	0	0	0
14	0	1	0	0	1
15	0	0	0	1	1
16	0	0	0	1	1
18	0	1	0	0	1
20	0	0	2	0	2
23	0	0	0	1	1
Total 0-11	66	75	91	68	300
Pourcenatge néonatal[1]	54,7	49,6	34,7	32,1	42,2

[1] (Menos de um mês/menos de um ano)*100

[a] Inclui óbitos ocorridos com menos de 1 mês de idade, declarados em dias

LISTA DO PESSOAL

Coordenação Geral
ELSA MARIA CARDOSO
JOSÉ MANUEL CARVALHO / EDUARDO DA CONCEIÇÃO NETO

Coordenação Técnica
HELDER SALVATERRA
MARIA ELIZABETH CARVALHO

Comité de Pilotagem
JOSÉ MANUEL CARVALHO
VICTÓRIA MENEZES D’ALVA
ELSA MARIA CARDOSO
CLAUDINA CRUZ
MARIA DE LOURDES RODRIGUES
ALZIRADO ROSÁRIO
LOURDES MARIA PIRES DOS SANTOS
SABINA DOS RAMOS
ANTÓNIO AMADO VAZ
LUIS BONFIM
EUGÉRIO MONIZ

Administrativo
OCTÁVIO SILVA SOARES DA COSTA

Comité de Ética
MARTINHO LOPES DO NASCIMENTO
CELIZA DE DEUS LIMA
FERNANDO PAULO DA COSTA
FERNANDO MAQUENGO
MARIA DO CÉU CARVALHO
ÓSCAR BAÍA

Supervisores
JEUDÍGER LIMA DO NASCIMENTO
SOLANGE PIRES DOS SANTOS
MARIA DA CONCEIÇÃO FERREIRA
AGOSTINHO BATISTA DE SOUSA

Controladores
ARMILINDA A. CARVALHO PEREIRA
FRANCISCO QUARESMA DA SILVA CRUZ
MARIA DA GLÓRIA TEN JUA
HORTÊNCIA DE SOUSA PAQUETE
MARIA RODRIGUES AMADO
JOÃO RODRIGUES DA COSTA NETO
JOÃO PAULO CARDOSO

Inquiridores e Agentes de recolha de sangue

MARIA DE JESUS ALVES DA SILVA
JULIANA LIMA GARRIDO
MAIDA LIMA Q. CHING
MARIA TOMÉ Q. DA SILVA BERNARDO
BELSÍNIA LIMA FRANCISCO MONTE VERDE
LÚCIO LUÍS
GERMANO GONÇALVES CAMPLÉ
JOAQUIM ALVES FERNANDES
LADESLEY D'ALMEIDA NETO
HELDER SACRAMENTO D'ALVA TEIXEIRA
ZINAIDE NATERCIA DE C. PIRES
CECÍLIA CASSANDRA BARRETO
HORTÊNCIA JOÃO DE CEITA NAZARÉ
BONIFÁCIO AFONSO MARTINS
MIQUÉIAS TEIXEIRA
WILDIMILA LIMA
JOSÉ MANUEL FREITAS
ALBERTO TROPA LOLA
ELVIRA LUÍS DA COSTA QUARESMA
ALÉNIA DIAS VAZ
TERESA DE CASTRO BONFIM
AMÉLIA LIMA DAS NEVES
ENGRÁCIO JANÚ VAZ CORREIA
JACKSON LIMA
JORGE SOUSA PONTES
DOMINGOS BATISTA DE SOUSA
MÉRCIA NETO
LEOPOLDINO LIMA
HIARA DAS NEVES
AZEVEDO MATIAS
ANASTÁCIO RAMOS
YODINEI NUNES
JERÓNIMO COSTA
ALEXANDRINA DA CONCEIÇÃO
DAMIÃO DE ALMEIDA
LAZISMINO LÁZARO

Motoristas

LUÍS CATARINA
MANUEL NAZARÉ JESUS
CAETANO CRAVID
DIONÍSIO COSTA
ADJOBETE CEITA
DANY AFONSO COSTA
DIONISIO COSTA
NOZOLINO SANTA ROSA

Agentes de Tratamento de Dados

IDÁLIO ESPERANÇA LUÍS
ARMILINDA PEREIRA
JEUDÍGER LIMA DO NASCIMENTO
MARIA DA GLÓRIA TEN JUA
ADRIANA CARVALHO
GUILHERMINA CARVALHO

MARGARIDA PONCES
SEMIANA MARIA VIANA
ELMINAIDE MONIZ
SHEILA CAROLINO
VANDA PLÁCIDA BASTO
ELSA AFONSO DO ROSÁRIO
ZINAIDE LIMA

Técnicos de Laboratório

CRISTIANO ALMEIDA
CREMILDA DE SOUSA
JOSÉ DOS SANTOS DA VEIGA
SUZETE CARVALHO

Assistência técnica ICF Macro

MOHAMED AYAD – Coordenador do projecto
RENÉ CHARLES SYLVA – Formação, supervisão e tradução do relatório
REN RUILIN – Plano de songem, avaliação da qualidade
HAROUNA KOCHÉ – Tratamento dos dados
MICHEL TOUKAM – Especialista em bio-marcadores
OUMAROU SANOU – Engenheiro biólogo
KAYE MITCHELL – Especialista em produção
NANCY JOHNSON – Editor
CHRISTOPHER GRAMER – Especialista em concepção gráfica

QUESTIONÁRIOS

ANEXO **E**

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA
São Tomé e Príncipe

INQUÉRITO DEMOGRÁFICO E SANITÁRIO (IDS-2008)

MS-DCS
DIRECÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE
São Tomé e Príncipe

QUESTIONÁRIO AGREGADO FAMILIAR

AS INFORMAÇÕES QUE FIGURAM NESTE QUESTIONÁRIO SÃO DE CARÁCTER CONFIDENCIAL DE ACORDO COM A LEI 5/98

IDENTIFICAÇÃO E LOCALIZAÇÃO

AF.01- NOME DO CHEFE OU REPRESENTANTE DO AGREGADO ____________

AF.02- NOME DA LOCALIDADE ____________

AF.03- AGLOMERAÇÃO ____________

AF.04- REGIÃO ____________	CÓDIGO REGIÃO
AF.05- DOMÍNIO DO ESTUDO: DISTRITO ____________	CÓDIGO DISTRITO
AF.06- ÁREA DE ENUMERAÇÃO (AE) ____________	CÓDIGO AE
AF.07- NÚMERO DO AGREGADO FAMILIAR	NÚMERO
AF.08- AGREGADO SELECCIONADO PARA O INQUÉRITO HOMEM E TESTE VIH (SIM=1 / NÃO=2)	
AF.09- AGREGADO SELECCIONADO PARA A SECÇÃO 12 DO "QM" (SIM=1 / NÃO=2)	

VISITAS DO(A) INQUIRIDOR(A)

	1	2	3	VISITA FINAL
DATA: DIA / MÊS / ANO	2008	2008	2008	DIA / MÊS / ANO 2008
NOME INQUIRIDOR(A):	____	____	____	CÓD. INQUIRIDOR(A)
AF.10- RESULTADO*	____	____	____	CÓDIGO RESULTADO*
PRÓXIMA VISITA: DATA / HORA	(Dia) (Mês) (Ano)	(Dia) (Mês) (Ano)		N.º TOTAL DE VISITAS

***CÓDIGOS RESULTADOS:**

1 COMPLETO
2 MEMBROS DO AGREGADO AUSENTES OU NENHUM MEMBRO COMPETENTE PARA SER ENTREVISTADO NO MOMENTO DA VISITA
3 AGREGADO TOTALMENTE AUSENTE PARA UMA LONGA DURAÇÃO
4 ADIADA
5 RECUSA
6 CASA VAZIA OU NENHUMA CASA NO ENDEREÇO
7 CASA DESTRUÍDA
8 CASA NÃO ENCONTRADA
9 OUTRO ____________ (ESPECIFIQUE)

AF.11- TOTAL MEMBROS NO AGREGADO

AF.12- TOTAL MULHERES ELEGÍVEIS

AF.13- TOTAL HOMENS ELEGÍVEIS

AF.14- Nº LINHA DO(A) INQUIRIDO(A) QAF

CONTROLADOR(A)	SUPERVISOR(A)	VERIFICADOR(A)	DIGITADOR(A)
NOME ____ **Código**	NOME ____ **Código**	**Código**	**Código**
DATA (Dia) (Mês) (Ano)	DATA (Dia) (Mês) (Ano)		

CONSENTIMENTO APÓS INFORMAÇÕES

Bom dia. Meu nome é ____________________________________ trabalho para o **INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA** e o **MINISTÉRIO DA SAÚDE**. Estamos a realizar um inquérito nacional sobre a saúde das mulheres, dos homens e das crianças. Gostariamos que participasse neste inquérito. Por isso, pretendo colocar-lhe algumas questões sobre a sua saúde e a saúde dos seus filhos. Estas informações serão úteis aos programas do Governo para planear e organizar os serviços de saúde. A entrevista vai demorar cerca de 15 minutos. As informações que nos fornecerá serão estritamente confidenciais e não serão transmitidas a outras pessoas.
A sua participação neste inquérito é voluntário, mas de extrema importância. O/A senhor/a estará contribuindo muito para resolvermos alguns problemas que hoje em dia enfrentamos. Esperamos que aceite participar neste inquérito pois, a sua opinião como a de muitos, homens e mulheres que vamos entrevistar, é extremamente importante para nós.

Tem alguma questão ou quer pedir algum esclarecimento sobre o inquérito? **Então, posso começar a entrevista?**

Assinatura do inquiridor/a: ____________________________________ **Data:** ____________________

O/A INQUIRIDO/A ACEITOU RESPONDE . **1** ↓ **O/A INQUIRIDO/A RECUSOU RESPONDER** . . . **2** → **FIM**

SECÇAO A: CARACTERÍSTICAS DOS MEMBROS DO AGREGADO FAMILIAR

QUADRO DO AGREGADO FAMILIAR

								SE 15 ANOS OU MAIS			
N[0] LINHA	RESIDENTES HABITUAIS E VISITANTES	LAÇO DE PARENTESCO COM O CHEFE	SEXO	DISTRITO DE NASCIMENTO	RESIDÊNCIA		IDADE	ESTADO MATRIMONIAL	ELEGIBILIDADE		
	Por favor, diga-me o nome de todas as pessoas que vivem habitualmente no seu agregado familiar e dos visitantes que dormiram a noite passada aqui, começando pelo chefe do agregado. APÓS A LISTAGEM DO NOME DOS MEMBROS DO AGREGADO E O REGISTO DO LAÇO DE PARENTES-CO, DO SEXO DE CADA PESSOA, COLOQUE AS Q2A-2C PARA SE ASSEGURAR QUE A LISTA DOS MEMBROS ESTÁ COMPLETA. APÓS, COLOQUE AS PERGUNTAS ADEQUADAS DAS COLUNAS 4A à 32 A CADA PESSOA.	Qual é o laço de parentesco de (NOME) com o chefe do agregado? VER CÓDIGOS em BAIXO	(NOME) é do sexo mascu-lino ou feminino?	(NOME) onde nasceu? (Distrito) **Se no ESTRANGEIRO, assinale o respectivo PAÍS, (Ver codigos em Baixo)**	(NOME) vive habitual-mente aqui?	(NOME) dormiu a noite passada aqui?	Quantos anos tem (NOME)?	Qual é o estado matrimonial actual de (NOME)? 1=CASADO(A) OU EM UNIÃO DE FACTO 2 = DIVORCIADO/ SEPARADO(A) 3 = VIÚVO/VIUVA 4 = NUNCA CASADO(A)/ NUNCA VIVEU EM UNIÃO	CIRCULE O Nº DE LINHA DE TODAS AS MULHE-RES DE 15-49 ANOS	CIRCULE O Nº DE LINHA DE TODOS OS HOMENS DE 15-59 ANOS	CIRCULE O Nº DE LINHA DE TODAS AS CRIANÇAS DE 0-5 ANOS
(1)	(2)	(3)	(4)	(4A)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)
			M F		S N	S N	EM ANOS				
01			1 2		1 2	1 2			01	01	01
02			1 2		1 2	1 2			02	02	02
03			1 2		1 2	1 2			03	03	03
04			1 2		1 2	1 2			04	04	04
05			1 2		1 2	1 2			05	05	05
06			1 2		1 2	1 2			06	06	06
07			1 2		1 2	1 2			07	07	07
08			1 2		1 2	1 2			08	08	08
09			1 2		1 2	1 2			09	09	09
10			1 2		1 2	1 2			10	10	10

CÓDIGOS PARA Q3: LAÇO DE PARENTESCO C/ CAF

01 = CHEFE DO AGREGADO	08 = IRMÃO OU IRMÃ
02 = CÔNJUGE	09 = SOBRINHO/SOBRINHA
03 = FILHO OU FILHA	10 = ENTEADO OU ENTEADA
04 = GENRO OU NORA	11 = OUTROS PARENTES
05 = NETO/A OU BISNETO/A	13 = SEM PARENTESCO
06 = PAI/MÃE	98 = NÃO SABE
07 = SOGRO/SOGRA	

CÓDIGOS PARA Q4A: REGIÃO-DISTRITO / PAÍS

11 = ÁGUA GRANDE	91 = CABO VERDE
12 = MÉ-ZÓCHI	92 = ANGOLA
23 = CANTAGALO	93 = GABÃO
24 = CAUÉ	94 = GUINÉ EQUATORIAL
35 = LEMBÁ	95 = PORTUGAL
36 = LOBATA	96 = OUTROS PAÍSES
47 = REGIÃO DO PRÍNCIPE	98 = NÃO SABE

								SE 15 ANOS OU MAIS			
Nº LINHA	RESIDENTES HABITUAIS E VISITANTES	LAÇO DE PARENTESCO COM O CHEFE	SEXO	DISTRITO DE NASCIMENTO	RESIDÊNCIA		IDADE	ESTADO MATRIMONIAL	ELEGIBILIDADE		
	Por favor, diga-me o nome de todas as pessoas que vivem habitualmente no seu agregado familiar e dos visitantes que dormiram a noite passada aqui, começando pelo chefe do agregado. APÓS A LISTAGEM DO NOME DOS MEMBROS DO AGREGADO E O REGISTO DO LAÇO DE PARENTES-CO, DO SEXO DE CADA PESSOA, COLOQUE AS Q2A-2C PARA SE ASSEGURAR QUE A LISTA DOS MEMBROS ESTÁ COMPLETA. APÓS, COLOQUE AS PERGUNTAS ADEQUADAS DAS COLUNAS 4A à 32 A CADA PESSOA.	Qual é o laço de parentesco de (NOME) com o chefe do agregado? VER CÓDIGOS em BAIXO	(NOME) é do sexo mascu-lino ou feminino?	(NOME) onde nasceu? (Distrito) **Se no ESTRANGEIRO, assinale o respectivo PAÍS, (Ver codigos em Baixo)**	(NOME) vive habitual-mente aqui?	(NOME) dormiu a noite passada aqui?	Quantos anos tem (NOME)?	Qual é o estado matrimonial actual de (NOME)? 1=CASADO(A) OU EM UNIÃO DE FACTO 2 = DIVORCIADO/ SEPARADO(A) 3 = VIÚVO/VIUVA 4 = NUNCA CASADO(A)/ NUNCA VIVEU EM UNIÃO	CIRCULE O Nº DE LINHA DE TODAS AS MULHE-RES DE 15-49 ANOS	CIRCULE O Nº DE LINHA DE TODOS OS HOMENS DE 15-59 ANOS	CIRCULE O Nº DE LINHA DE TODAS AS CRIANÇAS DE 0-5 ANOS
(1)	(2)	(3)	(4)	(4A)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)
			M F		S N	S N	EM ANOS				
11		☐☐	1 2	☐☐	1 2	1 2	☐☐	☐	11	11	11
12		☐☐	1 2	☐☐	1 2	1 2	☐☐	☐	12	12	12
13		☐☐	1 2	☐☐	1 2	1 2	☐☐	☐	13	13	13
14		☐☐	1 2	☐☐	1 2	1 2	☐☐	☐	14	14	14
15		☐☐	1 2	☐☐	1 2	1 2	☐☐	☐	15	15	15
16		☐☐	1 2	☐☐	1 2	1 2	☐☐	☐	16	16	16
17		☐☐	1 2	☐☐	1 2	1 2	☐☐	☐	17	17	17
18		☐☐	1 2	☐☐	1 2	1 2	☐☐	☐	18	18	18
19		☐☐	1 2	☐☐	1 2	1 2	☐☐	☐	19	19	19
20		☐☐	1 2	☐☐	1 2	1 2	☐☐	☐	20	20	20

CRUZAR AQUI SE UMA OUTRA FOLHA FOI UTILIZADA ☐

2A) Unicamente para se assegurar que tem uma lista completa
Tem outra pessoas tais como crianças ou bebes que não constam da lista? SIM ☐ → ACRESCENTAR AO QUADRO NÃO ☐

2B) tem outras pessoas que não são tal vez membros do seu agregado familiar, tais como os domésticos, empregados, inquilinos ou amigos que vivem habitualment aqui ? SIM ☐ → ACRESCENTAR AO QUADRO NÃO ☐

2C) Tem convidados ou visitantes temporarios que estão no seu alojameno ou outras pessoas qu dormiram aqui a noite passada e que nã constam da lista? SIM ☐ → ACRESCENTAR QUADRO NÃO ☐

	SE IDADE DE 0-17 ANOS				SE IDADE DE 5 ANOS OU MAIS		SE IDADE DE 5-24 ANOS				SE IDADE DE 0-4 ANOS
Nº DE LINHA	ESTADO DE SOBREVIVÊNCIA E RESIDÊNCIA DOS PAIS BIOLÓGICOS				FOI ALGUMA VEZ À ESCOLA		FREQUENTAÇÃO ESCOLAR ACTUAL OU RECENTE				DECLARAÇÃO DE NASCIMENTO
	A mãe biológica de (NOME) está viva?	A mãe biológica de (NOME) vive habitualmente neste agregado ou esteve de visita aqui na noite passada? SE SIM: Qual é o seu nome? INSCREVA O Nº DE LINHA DA MÃE **SE NÃO, INSCREVA '00'.**	O pai biológico de (NOME) está vivo?	O pai biológico de de (NOME) vive habitualmente neste agregado ou está de visita aqui a noite passada? SE SIM: Qual é o seu nome? INSCREVA O Nº DE LINHA DO PAI **SE NÃO, INSCREVA '00'.**	(NOME) alguma vez frequentou a escola?	Qual é o nível mais elevado que (NOME) frequentou /frequenta? **VER CÓDIGOS ABAIXO** Qual foi a última classe que (NOME) concluiu neste nível? **VER CÓDIGOS ABAIXO**	(NOME) frequentou um estabelecimento de ensino durante o ano lectivo (2007 - 2008)?	Durante este ano lectivo, qual foi o nível e classe que (NOME) frequentou? **VER CÓDIGOS ABAIXO**	(NOME) frequentou uma escola num certo momento durante o ano lectivo anterior, ou seja (2006-2007)?	Durante este ano lectivo, qual foi o nível e a classe que (NOME) frequentou? **VER CÓDIGOS ABAIXO**	(NOME) possui um certidão de nascimento /cédula pessoal? **Se NÃO, INSISTA :** O nascimento de (NOME) foi declarado ao registo civil? 1 = POSSUI CERTIDÃO/CÉDULA PESSAOL 2 = DECLARADO 3 = NEM UM, NEM OUTRO 8 = NÃO SABE
	(13)	(14)	(16)	(17)	(23)	(24)*	(25)	(26)	(27)	(28)	(32)
	S N NS		S N NS		S N	NÍVEL CLASSE	S N	NÍVEL CLASSE	S N	NÍVEL CLASSE	
01	1 2 8 IR A 16		1 2 8 IR A 23		1 2 Próxima linha		1 2 IR A 27		1 2 Próxima linha		
02	1 2 8 IR A 16		1 2 8 IR A 23		1 2 Próxima linha		1 2 IR A 27		1 2 Próxima linha		
03	1 2 8 IR A 16		1 2 8 IR A 23		1 2 Próxima linha		1 2 IR A 27		1 2 Próxima linha		
04	1 2 8 IR A 16		1 2 8 IR A 23		1 2 Próxima linha		1 2 IR A 27		1 2 Próxima linha		
05	1 2 8 IR A 16		1 2 8 IR A 23		1 2 Próxima linha		1 2 IR A 27		1 2 Próxima linha		
06	1 2 8 IR A 16		1 2 8 IR A 23		1 2 Próxima linha		1 2 IR A 27		1 2 Próxima linha		
07	1 2 8 IR A 16		1 2 8 IR A 23		1 2 Próxima linha		1 2 IR A 27		1 2 Próxima linha		
08	1 2 8 IR A 16		1 2 8 IR A 23		1 2 Próxima linha		1 2 IR A 27		1 2 Próxima linha		
09	1 2 8 IR A 16		1 2 8 IR A 23		1 2 Próxima linha		1 2 IR A 27		1 2 Próxima linha		
10	1 2 8 IR A 16		1 2 8 IR A 23		1 2 Próxima linha		1 2 IR A 27		1 2 Próxima linha		

CÓDIGOS PARA Q. 24, 26, E 28: NÍVEL DE INSTRUÇÃO:

(*Classe "0" apenas para pergunta "24")

NÍVEL		ANO/CLASSE
BÁSICO	1	0 1 2 3 4 5 6
SECUNDÁRIO	2	1 2 3 4 5 6
SUPERIOR	3	1 2 3 4 5+
ALFABETIZAÇÃO	4	1 2 3 4
NÃO SABE	8	8
Secundário:	1=7ª; 2=8ª; 3=9ª; 4=10ª; 5=11ª, e 6=12ª	
Superior:	1-3 Médio/Bacharelato; 4 Licenciatura; 5+Pós-Graduação/Mestrado/Doutoramento	

	SE IDADE DE 0-17 ANOS				SE IDADE DE 5 ANOS OU MAIS		SE IDADE DE 5-24 ANOS				SE IDADE DE 0-4 ANOS
N° DE LI-NHA	ESTADO DE SOBREVIVÊNCIA E RESIDÊNCIA DOS PAIS BIOLÓGICOS				FOI ALGUMA VEZ À ESCOLA		FREQUENTAÇÃO ESCOLAR ACTUAL OU RECENTE				DECLARAÇÃO DE NASCIMENTO
	A mãe biológica de (NOME) está viva?	A mãe biológica de (NOME) vive habitualmente neste agregado ou esteve de visita aqui na noite passada? SE SIM: Qual é o seu nome? INSCREVA O Nº DE LINHA DA MÃE **SE NÃO, INSCREVA '00'.**	O pai biológico de (NOME) está vivo?	O pai biológico de de (NOME) vive habitualmente neste agregado ou está de visita aqui a noite passada? SE SIM: Qual é o seu nome? INSCREVA O Nº DE LINHA DO PAI **SE NÃO, INSCREVA '00'.**	(NOME) alguma vez frequentou a escola?	Qual é o nível mais elevado que (NOME) frequentou /frequenta? **VER CÓDIGOS ABAIXO** Qual foi a última classe que (NOME) concluiu neste nível? **VER CÓDIGOS ABAIXO**	(NOME) frequentou um estabelecimento de ensino durante o ano lectivo (2007 - 2008)?	Durante este ano lectivo, qual foi o nível e classe que (NOME) frequentou? **VER CÓDIGOS ABAIXO**	(NOME) frequentou uma escola num certo momento durante o ano lectivo anterior, ou seja (2006-2007)?	Durante este ano lectivo, qual foi o nível e a classe que (NOME) frequentou? **VER CÓDIGOS ABAIXO**	(NOME) possui um certidão de nascimento /cédula pessoal? **Se NÃO, INSISTA :** O nascimento de (NOME) foi declarado ao registo civil? 1 = POSSUI CERTIDÃO/CÉDULA PESSAOL 2 = DECLARADO 3 = NEM UM, NEM OUTRO 8 = NÃO SABE
	(13)	(14)	(16)	(17)	(23)	(24)	(25)	(26)	(27)	(28)	(32)
	S N NS		S N NS		S N	NÍVEL CLASSE	S N	NÍVEL CLASSE	S N	NÍVEL CLASSE	
11	1 2 8 IR A 16		1 2 8 IR A 23		1 2 Próxima linha		1 2 IR A 27		1 2 Próxima linha		
12	1 2 8 IR A 16		1 2 8 IR A 23		1 2 Próxima linha		1 2 IR A 27		1 2 Próxima linha		
13	1 2 8 IR A 16		1 2 8 IR A 23		1 2 Próxima linha		1 2 IR A 27		1 2 Próxima linha		
14	1 2 8 IR A 16		1 2 8 IR A 23		1 2 Próxima linha		1 2 IR A 27		1 2 Próxima linha		
15	1 2 8 IR A 16		1 2 8 IR A 23		1 2 Próxima linha		1 2 IR A 27		1 2 Próxima linha		
16	1 2 8 IR A 16		1 2 8 IR A 23		1 2 Próxima linha		1 2 IR A 27		1 2 Próxima linha		
17	1 2 8 IR A 16		1 2 8 IR A 23		1 2 Próxima linha		1 2 IR A 27		1 2 Próxima linha		
18	1 2 8 IR A 16		1 2 8 IR A 23		1 2 Próxima linha		1 2 IR A 27		1 2 Próxima linha		
19	1 2 8 IR A 16		1 2 8 IR A 23		1 2 Próxima linha		1 2 IR A 27		1 2 Próxima linha		
20	1 2 8 IR A 16		1 2 8 IR A 23		1 2		1 2 IR A 27		1 2		

CÓDIGOS PARA Q. 24, 26, E 28: NÍVEL DE INSTRUÇÃO

NÍVEL		ANO/CLASSE						
BÁSICO	1	0	1	2	3	4	5	6
SECUNDÁRIO	2	1	2	3	4	5	6	
SUPERIOR	3	1	2	3	4	5+		
ALFABETIZAÇÃO	4	1	2	3	4			
NÃO SABE	8	8						
Secundário:	1=7ª; 2=8ª; 3=9ª; 4=10ª; 5=11ª, e 6=12ª							
Superior:	1-3 Médio/Bacharelato; 4 Licenciatura; 5+ Pós-Graduação/Mestrado/Doutoramento							

Nº.	SECÇÃO B: CARACTERISTICAS E CONDIÇÕES DA HABITAÇÃO QUESTÕES E FILTROS		PASSE A
101	Qual é a principal fonte de água que os membros do agregado utiliza para BEBER? (*Trata-se da mais frequentemente utilizada*)	**Agua da Rede Pública:** CANALIZADA NO ALOJAMENTO. . . . . 11 CANALIZADA NO QUINTAL. . . .. 12 CANALIZADA NO QUINTAL DO VIZINHO. . . .. 13 CHAFARIZ PUBLICO. 14 **Água da Fonte:** PROTEGIDA . . . . 21 NÃO PROTEGIDA . . . . 22 **Fontes Diversas:** CISTERNA . . . . 31 POÇO . . .. 41 RIO/RIBEIRA . . . . 51 NASCENTE . . . . 61 ÁGUA DE CHUVA . . . . 71 **AGUA ENGARRAFADA** . . . . 81 OUTRA ______________________________ 96 (ESPECIFIQUE)	11, 12 → 106 13–61 → 103 71 → 106 96 → 103
102	Qual é a principal fonte de água que utiliza o seu agregado para outros fins (Por exemplo: para Cozinhar e Lavar)? (*Trata-se da mais frequentemente utilizada*)	**Água da Rede Pública:** CANALIZADA NO ALOJAMENTO. . . . . 11 CANALIZADA NO QUINTAL. . . .. 12 CANALIZADA NO QUINTAL DO VIZINHO. . . .. 13 CHAFARIZ PUBLICO. 14 **Água da Fonte:** PROTEGIDA . . . . 21 NÃO PROTEGIDA . . . . 22 **Fontes Diversas:** CISTERNA . . . . 31 POÇO . . .. 41 RIO/RIBEIRA . . . . 51 NASCENTE . . . . 61 ÁGUA DE CHUVA . . . . 71 OUTRA______________________________ 96 (ESPECIFIQUE)	11, 12 → 106 71 → 106
103	Onde está situada esta fonte de abastecimento da água?	NO ALOJAMENTO . . . . 1 NO QUINTAL . . . . 2 NOUTRO LUGAR 3	1, 2 → 106
104	Quanto tempo necessita para apanhar água (ida e volta)?	MINUTOS ………………………… [ ][ ][ ] NÃO SABE………………………………… 998	
105	Quem Habitualmente se desloca em busca de água?	UMA MULHER ADULTA ……………………… 1 UMA HOMEM ADULTO ……………………… 2 UMA JOVEM MENOR DE 15 ANOS …………… 3 UM JOVEM MENOR DE 15 ANOS …………… 4 OUTRA____________________________ 6 (ESPECIFIQUE)	
105A	Que meio utiliza para transportar a agua?	RECIPIENTE COM TAMPA ……………………. 1 RECIPIENTE SEM TAMPA ………………………… 2 GARRAFÃO ……………………… 3 BULE ……………………… 4 OUTRA______________________________ 6 (ESPECIFIQUE)	
106	Faz algum tratamento na água antes de bebê-la?	SIM …………………………………. 1 NÃO …………………………………. 2 NÃO SABE …………………………………. 8	2, 8 → 108
107	Habitualmente, o que faz para que a água fique mais potável? Algo mais? **ANOTE TODAS AS RESPOSTAS MENCIONADAS**	FERVIDA. . . . . A DESINFECTADA C/ LIXÍVIA . . . . B FILTRADA C/ PANO . . . . C USO DO FILTRO (CERÂMICA) . . . . D DEIXAR REPOUSAR . . . . E OUTRA______________________________ X (ESPECIFIQUE) NÃO SABE ………………. ………………….. Z	
108	Qual o tipo de Casa de Banho que é utilizada pelos membros do seu agregado?	LIGADA AO SISTEMA DE ESGOTO ……… 01 LIGADA A FOSSA SÉPTICA.............. ………… 02 LATRINA.............................. .. .. 03 LATRINA MELHORADA............. .. .. 04 MATO ……............................ .. .. 05 PRAIA ……............................ .. .. 06 OUTRA______________________________ 96 (ESPECIFIQUE)	05, 06 → 110A

Nº.	QUESTÕES E FILTROS		PASSE A
	SECÇÃO B: CARACTERISTICAS E CONDIÇÕES DA HABITAÇÃO		
109	A sua casa de banho/latrina é partilhada com outro agregado familiar?	SIM . . . . . 1 NÃO 2	 → 110A
110	Quantos agregados utilizam esta casa de banho?	N.º DO AGREGADO: INFERIOR A 10 [ ][ ] 10 E MAIS 95 NÃO SABE 98	
110A	A quem pertence esta casa onde o agregado mora?	ARRENDADA/SUB-ARRENDADA ………… 1 PROPRIA . . . . . 2 CEDIDA . . . . . 3 OUTRO ______ 6 (ESPECIFIQUE)	
111	A sua casa tem: Electricidade? Rádio? Frigorífico/Arca? Televisão? Vídeo cassete/DVD? Antena parabólica? Computador? Internet? Telefone fixo?	SIM NÃO ELECTRICIDADE....... 1 2 RÁDIO....... 1 2 FRIGORÍFICO/ARCA....... 1 2 TELEVISÃO....... 1 2 VÍDEO CASSETE/DVD....... 1 2 ANTENA PARABÓLICA .... 1 2 COMPUTADOR .... 1 2 INTERNET .... 1 2 TELEFONE FIXO 1 2	
112	Qual é a <u>principal</u> fonte de energia que utiliza para preparação dos alimentos?	PETRÓLEO . . . . . 01 LENHA/MADEIRA . . . . . 02 CARVÃO . . . . . 03 GAZ . . . . . 04 ELECTRICIDADE . . . . . 05 NÃO PREPARA ALIMENTO……… 06 OUTRA ______ 96 (ESPECIFIQUE)	 → 117
113	No seu agregado, a Cozinha é coberta ou ao ar livre?	AO AR LIVRE . . . . . 1 ABERTA C/COBERTURA . . . . . 2 FECHADA C/ CHAMINE . . . . . 3 FECHADA S/ CHAMINE . . . . . 4 OUTRO ______ 6 (ESPECIFIQUE)	
115	Onde se encontra localizada a cozinha que o seu agregado <u>habitualmente</u> utiliza?	DENTRO DE CASA/ANEXO . . . . . 1 FORA DE CASA/QUINTAL . . . . . 2 NA VARANDA . . . . . 3 NO OUTRO EDIFÍCIO . . . . . 4 OUTRO ______ 6 (ESPECIFIQUE)	
117	Qual é o material <u>predominante</u> no pavimento da casa? *(Registar a observação)*	TERRA BATIDA / AREIA . . . . . 01 CIMENTO . . . . . 02 PEDRA . . . . . 03 MADEIRA . . . . . 04 PALMEIRA/BAMBÚ . . . . . 05 MOSAICO . . . . . 06 MARMORE OU GRANITO . . . . . 07 OUTRO ______ 96 (ESPECIFIQUE)	
118	Qual é o material <u>predominante</u> na cobertura da casa? *(Registar a observação)*	BETÃO ARMADO . . . . . 01 TELHA . . . . . 02 ZINCO . . . . . 03 FIBRO-CIMENTO (Losalites) . . . . . 04 PAVO/PALHA/BAMBÚ . . . . . 05 TAMBOR/CARTÃO/SACO . . . . . 06 OUTRO ______ 96 (ESPECIFIQUE)	

SECÇÃO B: CARACTERISTICAS E CONDIÇÕES DA HABITAÇÃO

Nº.	QUESTÕES E FILTROS		PASSE A
119	Qual é o material predominante nas paredes da casa? *(Registar a observação)*	MADEIRA . . . . 01 CONTRA-PLACADO . . . . 02 VAN PLÉGA . . . . 03 BAMBÚ . . . . 04 CIMENTO . . . . 05 PEDRA E ARGAMASSA . . . . 06 MISTO . . . . 07 OUTRO ______ 96 (ESPECIFIQUE)	
119A	Quantas divisões tem a casa (Não inclui casa banho/cozinha)?	NÚMERO. . . . . [ ][ ]	
120	No seu alojamento, quantas divisões utilizam para dormir?	NÚMERO. . . . . [ ][ ]	
121	Um dos membros do seu agregado possui: Relógio de pulso? Telemóvel? Bicicleta? Motorizada? Barco/Bote? Canoa de Recreio? Canoa de Pesca? Automóvel particular?	SIM NÃO RELÓGIO.......... 1 2 TELEMOVEL .... 1 2 BICICLETA.......... 1 2 MOTORIZADA.......... 1 2 BARCO/BOTE.......... 1 2 CANOA DE RECREIO.......... 1 2 CANOA DE PESCA.......... 1 2 AUTOMÓVEL 1 2	
122	Algum membro do agregado é possuidor de terras agrícolas?	SIM . . . . 1 NÃO 2	 → 127A
123	Quantos hectares de terras agrícolas possui os membros do seu agregado?	HECTARES [ ][ ] 95 HECTARES OU MAIS.................. 95 NÃO SABE.................. 98	
127A	Na sua opinião o mosquiteiro é acessível em termos de custo?	SIM . . . . 1 NÃO 2	
127	Neste agregado existe mosquiteiros que podem ser utilizados para dormir?	SIM . . . . 1 NÃO 2	 → 128A
128	Quantos mosquiteiros o vosso agregado possui? (*Se possui 7 ou mais, assinale "7"*)	NÚMERO. . . . . [ ]	→ 128B
128A	Porquê que não possui mosquiteiro?	É CARO . . . . 01 NAO INTERESSA . . . . 02 ESTRAGOU . . . . 03 FAZ CALOR . . . . 04 NÃO GOSTA . . . . 05 FAZ ALERGIA . . . . 06 OUTROS 96	→ 301
128B	Como adquiriu/acedeu a **maior parte** dos mosquiteiros?	COMPROU . . . . 1 GRATUITA 2	

		MOSQUITEIRO #1	MOSQUITEIRO #2	MOSQUITEIRO #3
129	PEDE AO INQUIRIDO(A) DE LHE MOSTRAR OS MOSQUITEIROS DO AGREGADO SE MAIS DE 3 MOSQUITEIROS, UTILIZE UM (DOS) QUESTIONÁRIO(S) SUPLEMENTAR(ES).	OBSERVADO ..... 1 NÃO OBSERVADO 2	OBSERVADO ..... 1 NÃO OBSERVADO 2	OBSERVADO ..... 1 NÃO OBSERVADO 2
130	Desde quanto tempo o seu agregado possui este mosquiteiro? SE MENOS DE UM MÊS, REGISTE '00'.	MÊS ... ☐☐ 37 MESES OU MAIS ..... 95 NÃO SABE 98	MÊS ... ☐☐ 37 MESES OU MAIS ... 95 NÃO SABE 98	MÊS ...... ☐☐ 37 MESES OU MAIS ... 95 NÃO SABE 98
131	PEDE AUTORIZAÇÃO PARA VER O TIPO DO MOSQUITEIRO	MOSQUITEIRO 'PERMANENTE' 1 (IR A 135) MOSQUITEIRO 'IMPREGNADO' 2 (IR A 133) NÃO SABE ... 8	MOSQUITEIRO 'PERMANENTE' 1 (IR A 135) MOSQUITEIRO 'IMPREGNADO' 2 (IR A 133) NÃO SABE ... 8	MOSQUITEIRO 'PERMANENTE' 1 (IR A 135) MOSQUITEIRO 'IMPREGNADO' 2 (IR A 133) NÃO SABE ... 8
132	Quando adqueriu este mosquiteiro, estava tratado com um insecticida que mata ou afasta mosquitos?	SIM .... 1 NÃO .... 2 NÃO SABE 8	SIM .... 1 NÃO .... 2 NÃO SABE 8	SIM .... 1 NÃO .... 2 NÃO SABE 8
133	Desde que adquiriu este mosquiteiro, foi mergulhado num liquído que mata ou afasta os mosquitos?	SIM .... 1 NÃO .... 2 (IR A 135) NÃO SABE 8	SIM .... 1 NÃO .... 2 (IR A 135) NÃO SABE 8	SIM .... 1 NÃO .... 2 (IR A 135) NÃO SABE 8
134	Há quantos meses que o mosquiteiro foi mergulhadc num líquido insecticida pela última vez? SE MENOS DE 1 MÊS, REGISTE '00'.	MÊS ... ☐☐ 25 MÊS OU MAIS ..... 95 NÃO SABE 98	MÊS ... ☐☐ 25 MÊS OU MAIS ..... 95 NÃO SABE 98	MÊS .... ☐☐ 25 MÊS OU MAIS ..... 95 NÃO SABE 98
135	Na noite passada, alguém dormiu debaixo deste mosquiteiro?	SIM .... 1 NÃO .... 2 (IR A 137) NÃO SABE 8	SIM .... 1 NÃO .... 2 (IR A 137) NÃO SABE 8	SIM .... 1 NÃO .... 2 (IR À 137) NÃO SABE 8
136	Quem dormiu debaixo deste mosquiteiro na noite passada? REGISTE O NÚMERO DE LINHA DA PESSOA A PARTIR DO QUADRO AGREGADO.	NOME____________ N° DE LINHA ... ☐☐ NOME____________ N° DE LINHA ... ☐☐ NOME____________ N° DE LINHA ... ☐☐ NOME____________ N° DE LINHA ... ☐☐	NOME____________ N° DE LINHA .... ☐☐ NOME____________ N° DE LINHA .... ☐☐ NOME____________ N° DE LINHA .... ☐☐ NOME____________ N° DE LINHA .... ☐☐	NOME____________ N° DE LINHA .... ☐☐ NOME____________ N° DE LINHA .... ☐☐ NOME____________ N° DE LINHA .... ☐☐ NOME____________ N° DE LINHA .... ☐☐
137		VOLTE A Q. 129 PARA O MOSQUITEIRO SEGUINTE OU, SE MAIS NENHUM MOSQUITEIRO, IR A 138. 301	VOLTE A Q. 129 PARA O MOSQUITEIRO SEGUINTE OU, SE MAIS NENHUM MOSQUITEIRO, IR A 138. 301	IR A Q.129 NA PRIMEIRA COLUNA DE UM NOVO QUESTIONÁRIO OU, SE MAIS NENHUM MOSQUITEIRO, IR A Q.138 301
138	PEDE AO INQUIRIDO(A) UMA COLHER DE SAL PARA COZINHAR. TESTE DO SAL PARA O TEOR EM IODO **(7)** REGISTE PPM (PARTES POR MILHÃO)	0 PPM (NÃO IODADO) .... 1 MENOS DE 15 PPM .... 2 15 PPM E MAIS .... 3 NÃO SAL NO AGREGADO .... 4 SAL NÃO TESTADO____________________ 6 (ESPECIFIQUE A RAZÃO)		

SECÇÃO C: PESSOAS FALECIDAS

Nº.	QUESTÕES E FILTROS	CÓDIGOS	PASSE A
301	Agora gostaria de lhe colocar algumas perguntas sobre o seu agregado. Pensa nos últimos 12 meses. Algum membro do seu agregado faleceu nos últimos 12 meses?	SIM . . . . 1 NÃO . . . . 2 NÃO SABE 9	2, 9 → 501
302	Quantos membros do seu agregado faleceram nos últimos 12 meses?	NÚMERO DE ÓBITOS . . . . [ ]	

Nº.	QUESTÕES E FILTROS	NOME 1˚ FALECIDO	NOME 2˚ FALECIDO	NOME 3˚ FALECIDO
304	Qual era o nome da pessoa falecida (o mais recentemente/antes dele(a))?	______________	______________	______________
305	(NOME) era do sexo masculino ou feminino?	MASCULINO . . . . 1 FEMININO 2	MASCULINO . . . . 1 FEMININO 2	MASCULINO . . . . 1 FEMININO 2
306	Qual era a idade de (NOME) quando faleceu?	IDADE [ ][ ]	IDADE [ ][ ]	IDADE [ ][ ]

SECÇÃO D.1:
MEDIDAS DO PESO, DA ALTURA E DO NÍVEL DE HEMOGLOBINA NAS CRIANÇAS DE 0-5 ANOS

501	VERIFIQUE A COLUNA 11 DA SECÇÃO A. INSCREVA O NÚMERO DE LINHA E A IDADE DE CADA CRIANÇA ELEGÍVEL DE 0-5 ANOS EM Q502. SE HOUVER MAIS DE 6 CRIANÇAS, UTILIZE UM QUESTIONÁRIO SUPLEMENTAR. O RESULTADO FINAL DAS MEDIDAS DO PESO E DA ALTURA DEVE SER REGISTADO EM Q508 E EM Q513 PARA TESTE DE ANEMIA			
		CRIANÇA 1	**CRIANÇA 2**	**CRIANÇA 3**
502	**N° DE LINHA DA COLUNA 11 (Secção A)** **NOME DA COLUNA 2**	N° DE LINHA . . . . NOME ______	N° DE LINHA . . . . NOME ______	N° DE LINHA . . . . NOME ______
503	Qual é a data de nascimento de (**NOME**) ? SE A MÃE FOI ENTREVISTADA, COPIE O MÊS E O ANO A PARTIR DO QUADRO DOS NASCIMENTOS E PERGUNTE O DIA; SE A MÃE NÃO FOI ENTREVISTADA, PERGUNTE: Qual é a data de nascimento de (**NOME**)?	DIA . . . . MÊS . . . . ANO .	DIA . . . . MÊS . . . . ANO .	DIA . . . . MÊS . . . . ANO .
504	**VERIFIQUE 503 :** CRIANÇA NASCIDA EM JANEIRO DE 2003 OU MAIS TARDE ?	SIM . . . . 1 NÃO . . . . 2 (IR A 503 NA COL. SEG. ; SE MAIS NENHUMA CRIANÇAS IR A 515)	SIM . . . . 1 NÃO . . . . 2 (IR A 503 NA COL. SEG. ; SE MAIS NENHUMA CRIANÇAS IR A 515)	SIM . . . . 1 NÃO . . . . 2 (IR A 503 NA COL. SEG. ; SE MAIS NENHUMA CRIANÇAS IR A 515)
505	PESO EM KILOGRAMAS	KG. . . . . . ,	KG. . . . . . ,	KG. . . . . . ,
506	ALTURA EM CENTÌMETROS	CM. ,	CM. ,	CM. ,
507	MEDIDO DEITADO OU DE PÉ?	DEITADO . . . . 1 DE PÉ 2	DEITADO . . . . 1 DE PÉ 2	DEITADO . . . . 1 DE PÉ 2
508	**RESULTADO:** MEDIDAS DO PESO E DA ALTURA	MEDIDO . . . . 1 AUSENTE . . . . 2 RECUSA . . . . 3 OUTRO 6	MEDIDO . . . . 1 AUSENTE . . . . 2 RECUSA . . . . 3 OUTRO 6	MEDIDO . . . . 1 AUSENTE . . . . 2 RECUSA . . . . 3 OUTRO 6
509	**VERIFIQUE 503 :** SE CRIANÇA DE 0-5 MESES, OU SEJA NASCIDA DURANTE O MÊS DA ENTREVISTA OU NOS CINCO ÚLTIMOS MESES ?	0-5 MESES . . . . 1 (IR A 503 NA COL. SEG. ; SE MAIS NENHUMA CRIANÇA IR A 515) IDADE MAIOR 2	0-5 MESES . . . . 1 (IR A 503 NA COL. SEG. ; SE MAIS NENHUMA CRIANÇA IR A 515) IDADE MAIOR 2	0-5 MESES . . . . 1 (IR A 503 NA COL. SEG. ; SE MAIS NENHUMA CRIANÇA IR A 515) IDADE MAIOR 2
510	N° DE LINHA DO PARENTE/OUTRO ADULTO RESPONSÁVEL DA CRIANÇA (COLUNA 1) NOTE '**00**' SE NÃO LISTADO.	N° DE LINHA	N° DE LINHA	N° DE LINHA
511	LEIA O CONSENTIMENTO AO PARENTE/ADULTO RESPONSÁVEL. CIRCULE O CÓDIGO E ASSINE.	ACORDADO . . . . 1 ______ (ASSINA) RECUSA . . . . 2 (SE RECUSA, IR A 513)	ACORDADO . . . . 1 ______ (ASSINA) RECUSA . . . . 2 (SE RECUSA, IR A 513)	ACORDADO . . . . 1 ______ (ASSINA) RECUSA . . . . 2 (SE RECUSA, IR A 513)
512	REGISTE O NÍVEL DE HEMOGLOBINA AQUI E NA BROCHURA SOBRE ANEMIA	G/DL . . . ,	G/DL . . . ,	G/DL . . . ,
513	CÓDIGO RESULTADO DO TESTE DE ANEMIA	MEDIDO . . . . 1 AUSENTE . . . . 2 RECUSA . . . . 3 OUTRO 6	MEDIDO . . . . 1 AUSENTE . . . . 2 RECUSA . . . . 3 OUTRO 6	MEDIDO . . . . 1 AUSENTE . . . . 2 RECUSA . . . . 3 OUTRO 6
514	**VOLTE À Q503 NA COLUNA SEGUINTE OU NA 1ª COLUNA DO NOVO QUEST. ; SE MAIS NENHUMA CRIANÇA IR A Q515.**			

DECLARAÇÃO DO CONSENTIMENTO AO TESTE DE ANEMIA PARA AS CRIANÇAS

Neste inquérito pedimos às pessoas em todo o país de participar ao teste de anemia. A anemia é um problema de saúde que resulta de uma alimentaçã pobre, de infecções ou de doença crónica. Os resultados deste inquérito vão permitir ao governo de implementar programas para prevenção e o tratamento da anemia.

Para este teste de anemia, solicitamos a participação de todas as crianças nascidas em 2003 ou mais tarde, dando algumas gotas de sangue, recolhidas através de picada na ponta do dedo. Para o efeito, utiliza-se um equipamento novo, esterilizado e absolutamente sem risco. Os equipamentos são de utilização única e individual e serão descartados imediatamente após uso, de modo a não causar nenhum risco à saúde. O sangue é testado para a anemia imediatamente e o resultado é dado. Os resultados são confidenciais. Tem alguma pergunta? Pode decidir SIM para o teste ou NÃO. A decisão é sua

SECÇÃO D.1:
MEDIDAS DO PESO, DA ALTURA E DO NÍVEL DE HEMOGLOBINA NAS CRIANÇAS DE 0-5 ANOS

501	**VERIFIQUE A COLUNA 11 DA SECÇÃO A. INSCREVA O NÚMERO DE LINHA E A IDADE DE CADA CRIANÇA ELEGÍVEL DE 0-5 ANOS EM Q502. SE HOUVER MAIS DE 6 CRIANÇAS, UTILIZE UM QUESTIONÁRIO SUPLEMENTAR. O RESULTADO FINAL DAS MEDIDAS DO PESO E DA ALTURA DEVE SER REGISTADO EM Q508 E EM Q513 PARA TESTE DE ANEMIA**

		CRIANÇA 4	**CRIANÇA 5**	**CRIANÇA 6**
502	**Nº DE LINHA DA COLUNA 11 (SECÇÃOA)** **NOME DA COLUNA 2**	Nº DE LINHA . . . . ☐☐ NOME ________	Nº DE LINHA . . . . ☐☐ NOME ________	Nº DE LINHA . . . . ☐☐ NOME ________
503	Qual é a data de nascimento de (NOME) ? SE A MÃE FOI ENTREVISTADA, COPIE O MÊS E O ANO A PARTIR DO QUADRO DOS NASCIMENTOS E PERGUNTE O DIA; SE A MÃE NÃO FOI ENTREVISTADA, PERGUNTE: Qual é a data de nascimento de (NOME)?	DIA . . . . ☐☐ MÊS . . . . ☐☐ ANO . ☐☐☐☐	DIA . . . . ☐☐ MÊS . . . . ☐☐ ANO . ☐☐☐☐	DIA . . . . ☐☐ MÊS . . . . ☐☐ ANO . ☐☐☐☐
504	**VERIFIQUE Q503:** CRIANÇA NASCIDA EM JANEIRO DE 2003 OU MAIS TARDE ?	SIM . . . . 1 NÃO . . . . 2 (IR A 503 NA COL. SEG. ; SE MAIS NENHUMA CRIANÇA IR A 515)	SIM . . . . 1 NÃO . . . . 2 (IR A 503 NA COL. SEG. ; SE MAIS NENHUMA CRIANÇA IR A 515)	SIM . . . . 1 NÃO . . . . 2 (IR A 503 NA COL. SEG. ; SE MAIS NENHUMA CRIANÇA IR A 515)
505	PESO EM KILOGRAMAS	KG. . . . . . ☐☐,☐	KG. . . . . . ☐☐,☐	KG. . . . . . ☐☐,☐
506	ALTURA EM CENTÍMETROS	CM. ☐☐☐,☐	CM. ☐☐☐,☐	CM. ☐☐☐,☐
507	MEDIDO DEITADO OU DE PÉ?	DEITADO . . . . 1 DE PÉ 2	DEITADO . . . . 1 DE PÉ 2	DEITADO . . . . 1 DE PÉ 2
508	**RESULTADO:** MEDIDAS DO PESO E DA ALTURA	MEDIDO . . . . 1 AUSENTE . . . . 2 RECUSA . . . . 3 OUTRO 6	MEDIDO . . . . 1 AUSENTE . . . . 2 RECUSA . . . . 3 OUTRO 6	MEDIDO . . . . 1 AUSENTE . . . . 2 RECUSA . . . . 3 OUTRO 6
509	**VERIFIQUE Q503:** SE CRIANÇA DE 0-5 MESES, OU SEJA NASCIDA DURANTE O MÊS DA ENTREVISTA OU NOS CINCO ÚLTIMOS MESES ?	0-5 MESES . . . . 1 (IR A 503 NA COL. SEG. ; SE MAIS NENHUMA CRIANÇA IR A 515) IDADE MAIOR 2	0-5 MESES . . . . 1 (IR A 503 NA COL. SEG. ; SE MAIS NENHUMA CRIANÇA IR A 515) IDADE MAIOR 2	0-5 MESES . . . . 1 (IR A 503 NA COL. SEG. ; SE MAIS NENHUMA CRIANÇA IR A 515) IDADE MAIOR 2
510	Nº DE LINHA DO PARENTE/OUTRO ADULTO RESPONSÁVEL DA CRIANÇA (COLUNA 1) NOTE '**00**' SE NÃO LISTADO.	Nº DE LINHA ☐☐	Nº DE LINHA ☐☐	Nº DE LINHA ☐☐
511	LEIA O CONSENTIMENTO AO PARENTE/ADULTO RESPONSÁVEL. CIRCULE O CÓDIGO E ASSINE.	ACORDADO . . . . 1 ________ (ASSINE) RECUSA . . . . 2 (SE RECUSA, IR A 513)	ACORDADO . . . . 1 ________ (ASSINE) RECUSA . . . . 2 (SE RECUSA, IR A 513)	ACORDADO . . . . 1 ________ (ASSINE) RECUSA . . . . 2 (SE RECUSA, IR A 513)
512	REGISTE O NÍVEL DE HEMOGLOBINA AQUI E NA BROCHURA SOBRE ANEMIA	G/DL . . . ☐☐,☐	G/DL . . . ☐☐,☐	G/DL . . . ☐☐,☐
513	CÓDIGO RESULTADO DO TESTE DE ANEMIA	MEDIDO . . . . 1 AUSENTE . . . . 2 RECUSA . . . . 3 OUTRO 6	MEDIDO . . . . 1 AUSENTE . . . . 2 RECUSA . . . . 3 OUTRO 6	MEDIDO . . . . 1 AUSENTE . . . . 2 RECUSA . . . . 3 OUTRO 6
514	**VOLTE À Q503 NA COLUNA SEGUINTE OU NA 1ª COLUNA DO NOVO QUEST. ; SE MAIS NENHUMA CRIANÇA IR A Q515.**			

DECLARAÇAO DO CONSENTIMENTO AO TESTE DE ANEMIA PARA AS CRIANÇAS

Neste inquérito pedimos às pessoas em todo o país de participar ao teste de anemia. A anemia é um problema de saúde que resulta de uma alimentação pobre, de infecções ou de doença crónica. Os resultados deste inquérito vão permitir ao governo de implementar programas para prevenção e o tratamento da anemia.
Para este teste de anemia, solicitamos a participação de todas as crianças nascidas em 2003 ou mais tarde, dando algumas gotas de sangue, recolhidas através de picada na ponta do dedo. Para o efeito, utiliza-se um equipamento novo, esterilizado e absolutamente sem risco. Os equipamentos são de utilização única e individual e serão descartados imediatamente após uso, de modo a não causar nenhum risco à saúde. O sangue é testado para a anemia imediatamente e o resultado dado. Os resultados são confidenciais.
Tem alguma pergunta? Pode decidir SIM para o teste ou NÃO. A decisão é sua. Dá consentimento para que (NOME/S) DA/S CRIANÇA/S) participe/m ao teste de anemia?

SECÇÃO D.2:
MEDIDAS DO PESO, DA ALTURA E DO NÍVEL DE HEMOGLOBINA E TESTE DO VIH NAS MULHERES DE 15-49 ANOS

515	VERIFIQUE COLUNA 09. REGISTE O NÚMERO DE LINHA E O NOME DE TODAS AS MULHERES DE **15-49** ANOS NA **Q.516**. SE HOUVER MAIS DE **3** MULHERES, UTILIZE UM QUESTIÓNARIO SUPLEMENTAR. O RESULTADO FINAL DAS MEDIDAS DO PESO E DA ALTURA DEVE SER REGISTADO EM **Q.519**, EM **Q.528** PARA O TESTE DE ANEMIA E EM **Q.530** PARA O TESTE DO VIH.			
		MULHER 1	**MULHER 2**	**MULHER 3**
516	Nº DE LINHA DE COLUNA 09 NOME DE COLUNA 2	Nº DE LINHA . . . . [ ][ ] NOME ________	Nº DE LINHA . . . . [ ][ ] NOME ________	Nº DE LINHA . . . . [ ][ ] NOME ________
517	PESO EM KILOGRAMAS	KG. . . . . . [ ][ ][ ] , [ ]	KG. . . . . [ ][ ][ ] , [ ]	KG. . [ ][ ][ ] , [ ]
518	ALTURA EM CENTÍMETROS	CM. . . . . . [ ][ ][ ] , [ ]	CM. . . . . [ ][ ][ ] , [ ]	CM. . [ ][ ][ ] , [ ]
519	RESULTADO : MEDIDAS DO PESO E DA ALTURA	MEDIDO . . . . 1 AUSENTE . . . . 2 RECUSA . . . . 3 OUTRO 6	MEDIDO . . . . 1 AUSENTE . . . . 2 RECUSA . . . . 3 OUTRO 6	MEDIDO . . . . 1 AUSENTE . . . . 2 RECUSA . . . . 3 OUTRO 6
520	**IDADE:** VERIFIQUE COLUNA 7	15-17 ANOS . . . . 1 18-49 ANOS . . . . 2 (IR A 523)	15-17 ANOS . . . . 1 18-49 ANOS . . . . 2 (IR A 523)	15-17 ANOS . . . . 1 18-49 ANOS . . . . 2 (IR A 523)
521	ESTADO MATRI-MONIAL : VERI-FIQUE COL.8	CÓDIG 4 (NUNCA EM UNIÃO) 1 OUTRO . . . . 6 (IR A 523)	CÓDIG 4 (NUNCA EM UNIÃO) 1 OUTRO . . . . 6 (IR A 523)	CÓDIG 4 (NUNCA EM UNIÃO) 1 OUTRO . . . . 6 (IR A 523)
522	REGISTE O Nº DE LINHA DO PARENTE /OUTRO ADULTO RESPONSÁVEL DA ADOLESCENTE. REGISTE '**00**' SE A PESSOA NÃO FOR LISTADA	Nº DE LINHA DO PARENTE/ ADULTO RESPONSÁVEL [ ][ ]	Nº DE LINHA DO PARENTE/ ADULTO RESPONSÁVEL . [ ][ ]	Nº DE LINHA DO PARENTE/ ADULTO RESPONSÁVEL . [ ][ ]
523	LEIA O CONSENTIMEN-TO PARA O TESTE DE ANEMIA.PARA AS MULHERES DE 15-17 ANOS QUE NUNCA ESTIVERAM EM UNIÃO, PEDE O CONSENTI-MENTO DO PARENTE /ADULTO IDENTIFICA-DO EM **Q.522** ANTES	ACORDADO . . . . 1 PARENTE/ ADULTO, RESPONSÁVEL RECUSOU . . . . 2 INQUIRIDA RECUSOU . . . . 3 ________ (ASSINE)	ACORDADO . . . . 1 PARENTE/ ADULTO, RESPONSÁVEL RECUSOU . . . . 2 INQUIRIDA RECUSOU . . . . 3 ________ (ASSINE)	ACORDADO . . . . 1 PARENTE/ ADULTO, RESPONSÁVEL RECUSOU . . . . 2 INQUIRIDA RECUSOU . . . . 3 ________ (ASSINE)

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO PARA O TESTE DE ANEMIA

LEIA O CONSENTIMENTO A CADA INQUIRIDA. CIRCULE O CÓDIGO '**1**' EM **Q.523** SE A INQUIRIDA ACEITAR O TESTE DE ANEMIA E O CÓDIGO '**3**' SE ELA RECUSAR. PARA AS MULHERES DE 15-17 ANOS QUE NUNCA ESTIVERAM EM UNIÃO, PEDE O CONSENTIMENTO DO PARENTE/ADULTO IDENTIFICADO EM **Q.522,** ANTES DE PEDIR CONSENTIMENTO DA PRÓPRIA ADOLESCENTE. CIRCULE O CÓDIGO '**2**' EM **Q.523** SE O PARENTE/ADULTO RECUSAR. FAZER O TESTE, SÓ SE TIVER OS DOIS CONSENTIMENTOS: O DO PARENTE/ADULTO E O DA ADOLESCENTE.

Neste inquérito pedimos às pessoas de participar ao teste de anemia. A anemia é um problema de saúde que resulta duma alimentação pobre, de infecções ou de doença crónica. Os resultados deste inquérito vão permitir ao governo de implementar programas para prevenção da anemia. Para este teste de anemia, solicitamos algumas gotas de sangue, recolhidas através de picado do dedo. Para o efeito, utiliza-se um equipamento novo, esterilizado e absolutamente sem risco. Os equipamentos são de utilização única e individual e serão descartados imediatamente após uso, de modo a não causar nenhum risco à saúde. O sangue é testado para a anemia imediatamente e o resultado dado. Os resultados são confidenciais. Tem alguma pergunta? Pode decidir SIM para o teste ou NÃO. A decisão é sua. Dá autorização a (NOME DA ADOLESCENTE) para participar ao teste de anemia?

	Nº DE LINHA DE COLUNA 9 NOME DE COLUNA 2	Nº DE LINHA . . . . [ ][ ] NOME ________	Nº DE LINHA . . . . [ ][ ] NOME ________	Nº DE LINHA . . . . [ ][ ] NOME ________
524	**VERIFIQUE Q.226** DO QUESTIONÁRIO MULHER OU PERGUNTE : Está gravida ?	SIM . . . . 1 NÃO . . . . 2 NÃO SABE 8	SIM . . . . 1 NÃO . . . . 2 NÃO SABE 8	SIM . . . . 1 NÃO . . . . 2 NÃO SABE 8
525	CONSENTIMEN-TO PARA O TESTE DO VIH. PARA AS MULHE-RES DE 15-17 ANOS QUE NUNCA ESTIVE-RAM EM UNIÃO, PEDE O CONSENTIMENTO DO PARENTE/ADULTO IDENTIFICADO EM **Q.522** ANTES DE PEDIR O DA	ACORDADO . . . . 1 PARENTE/ ADULTO, RESPONSÁVEL RECUSOU . . . . 2 INQUIRIDA RECUSOU . . . . 3 ________ (ASSINE)	ACORDADO . . . . 1 PARENTE/ ADULTO, RESPONSÁVEL RECUSOU . . . . 2 INQUIRIDA RECUSOU . . . . 3 ________ (ASSINE)	ACORDADO . . . . 1 PARENTE/ ADULTO, RESPONSÁVEL RECUSOU . . . . 2 INQUIRIDA RECUSOU . . . . 3 ________ (ASSINE)

		MULHER 1	MULHER 2	MULHER 3
526	**VERIFIQUE Q.523 E Q.525** E PREPARE OS INSTRUMENTOS NECESSÁRIOS PARA O(S) TESTE(S) PARA OS QUAIS O CONSENTIMENTO FOI OBTIDO. DE SEGUIDA, PROCEDA AO(S) TESTE(S). PARA CADA MULHER ELEGÍVEL, O CÓDIGO DO RESULTADO DO TESTE DE ANEMIA DEVE SER REGISTADO EM **Q.528**, E PARA O TESTE DO VIH EM **Q.530**, MESMO SE ELA NÃO ESTAVA PRESENTE, RECUSOU, OU NÃO PODIA SER TESTADA POR OUTRAS RAZÕES.			
527	REGISTE O NÍVEL DE HEMOGLOBINA AQUI E NA BROCHURA	G/DL . . . . [ ][ ] , [ ]	G/DL . . . . [ ][ ] , [ ]	G/DL . . . . [ ][ ] , [ ]
528	RESULTADO DO TESTE DE ANEMIA	MEDIDO . . . . . 1 AUSENTE . . . . . 2 RECUSA . . . . . 3 OUTRO 6	MEDIDO . . . . . 1 AUSENTE . . . . . 2 RECUSA . . . . . 3 OUTRO 6	MEDIDO . . . . . 1 AUSENTE . . . . . 2 RECUSA . . . . . 3 OUTRO 6
529	COLE O CÓDIGO BARRA	COLE O 1º CÓDIGO BARRA AQUI COLE O 2º SOBRE O PAPEL FILTRO DA INQUIRIDA, E O 3º SOBRE A FICHA DE TRANSMISSÃO DAS AMOSTRAS	COLE O 1º CÓDIGO BARRA AQUI COLE O 2º SOBRE O PAPEL FILTRO DA INQUIRIDA, E O 3º SOBRE A FICHA DE TRANSMISSÃO DAS AMOSTRAS	COLE O 1º CÓDIGO BARRA AQUI COLE O 2º SOBRE O PAPEL FILTRO DA INQUIRIDA, E O 3º SOBRE A FICHA DE TRANSMISSÃO DAS AMOSTRAS
530	CÓDIGO RESULTADO DO TESTE DO VIH	SANG. RECOLHIDO . . . . . 1 AUSENTE . . . . . 2 RECUSA . . . . . 3 OUTRO 6	SANG. RECOLHIDO . . . . . 1 AUSENTE . . . . . 2 RECUSA . . . . . 3 OUTRO 6	SANG. RECOLHIDO . . . . . 1 AUSENTE . . . . . 2 RECUSA . . . . . 3 OUTRO 6

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO PARA O TESTE DO VIH

LEIA O CONSENTIMENTO A CADA INQUIRIDA. CIRCULE O CÓDIGO '**1**' EM **Q.525** SE A INQUIRIDA ACEITAR O TESTE DE VIH E CÓDIGO '**3**' SE ELA RECUSAR. PARA AS MULHERES DE 15-17 ANOS QUE NUNCA ESTIVERAM EM UNIÃO, PEDE O CONSENTIMENTO DO PARENTE/ADULTO IDENTIFICADO EM **Q.522**, ANTES DE PEDIR CONSENTIMENTO DA PRÓPRIA ADOLESCENTE. CIRCULE O CÓDIGO '**2**' EM **Q.525** SE O PARENTE/ADULTO RECUSAR. FAZER O TESTE, SÓ SE TIVER OS DOIS CONSENTIMENTOS: O DO PARENTE/ADULTO E O DA ADOLESCENTE.

Neste inquérito pedimos às pessoas em todo o país para participar no teste do VIH. O VIH é o virus que causa a SIDA. A SIDA é uma doença muito grave. O teste do VIH é efectuado neste inquérito para medir a gravidade do problema da SIDA em São Tomé e Príncipe. Para o teste do VIH, solicitamos algumas gotas de sangue, recolhidas através da picada do dedo. Para o efeito, utiliza-se um equipamento novo, esterilizado e absolutamente sem risco. Os equipamentos são de utilização única e individual e serão descartados imediatamente após uso, de modo a não causar nenhum risco à saúde. Nenhum nome será ligado à amostra de sangue e não poderemos lhe dar o resultado do teste. Também, nenhuma outra pessoa poderá saber (os seus) resultados /de NOME DA ADOLESCENTE). Se quer saber se tem o VIH, posso lhe fornecer a lista dos centros (os mais próximos) que fornecem serviços de teste e de aconselhamento sobre o VIH. Também, vou lhe dar uma ficha para beneficiar de serviço gratuito nestes centros para Si (e para o seu parceiro se quiser). Tem alguma pergunta? Pode decidir SIM para o teste ou NÃO. A decisão é sua. Dá consentimento para que (NOME DA ADOLESCENTE) participa no teste do VIH?

		MULHER 1	MULHER 2	MULHER 3
	Nº DE LINHA DE COLUNA 09 NOME DE COLUNA 2	Nº DE LINHA . . . . . [ ][ ] NOME ____________	Nº DE LINHA . . . . . [ ][ ] NOME ____________	Nº DE LINHA . . . . . [ ][ ] NOME ____________
530A	**VERIFIQUE Q.530:** PARTICIPAÇÃO AO TESTE DE VIH	SANGUE COLHIDO [ ] SANGUE NÃO COL. [ ] → IR A MULHER SEGUINTE	SANGUE COLHIDO [ ] SANGUE NÃO COL. [ ] → IR A MULHER SEGUINTE	SANGUE COLHIDO [ ] SANGUE NÃO COL. [ ] → IR A MULHER SEGUINTE
530B	LEIA O CONSENTIMEN-TO PARA OS TESTES SUPLEMENTARES. PARA AS MULHERES DE 15-17 ANOS QUE NUNCA ESTIVERAM EM UNIÃO, PEDE O CONSENTIMENTO DO PARENTE/ADULTO IDENTIFICADO A **Q.522** ANTES DE	ACORDADO . . . . . 1 PARENTE/ ADULTO, RESPONSÁVEL RECUSOU . . . . . 2 INQUIRIDA RECUSOU . . . . . 3 ____________ (ASSINE)	ACORDADO . . . . . 1 PARENTE/ ADULTO, RESPONSÁVEL RECUSOU . . . . . 2 INQUIRIDA RECUSOU . . . . . 3 ____________ (ASSINE)	ACORDADO . . . . . 1 PARENTE/ ADULTO, RESPONSÁVEL RECUSOU . . . . . 2 INQUIRIDA RECUSOU . . . . . 3 ____________ (ASSINE)
530C	TESTES SUPLEMEN-TARES	**VERIFIQUE Q.530B:** SE O CONSENTIMENTO NÃO FOI ACORDADO, ESCREVA "*NÃO PARA OUTROS TESTES*" SOBRE O PAPEL FILTRO.	**VERIFIQUE Q.530B:** SE O CONSENTIMENTO NÃO FOI ACORDADO, ESCREVA "*NÃO PARA OUTROS TESTES*" SOBRE O PAPEL FILTRO.	**VERIFIQUE Q.530B:** SE O CONSENTIMENTO NÃO FOI ACORDADO, ESCREVA "*NÃO PARA OUTROS TESTES*" SOBRE O PAPEL FILTRO.
530D	VOLTE A **Q.517** À COLUNA SEGUINTE DESTE QUESTIONÁRIO OU À 1ª COLUNA DO NOVO QUESTIONÁRIO; SE MAIS NENHUMA MULHER, IR A **Q.531**.			

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO PARA OS TESTES SUPLEMENTARES

LEIA O CONSENTIMENTO A CADA INQUIRIDA. CIRCULE O CÓDOGO '**1**' A **Q.530B** SE A INQUIRIDA ACEITAR O TESTE E O CÓDIGO '**3**' SE ELA RECUSAR. PARA AS MULHERES DE 15-17 ANOS QUE NUNCA ESTIVERAM EM UNIÃO, PEDE O CONSENTIMENTO DO PARENTE/ADULTO IDENTIFICADO EM **Q.522**, ANTES DE PEDIR CONSENTIMENTO DA PRÓPRIA ADOLESCENTE. CIRCULE O CÓDIGO '**2**' EM **Q.530B** SE O PARENTE (OUTRO ADULTO) RECUSAR, CIRCULE '**1**' EM **Q.530B** SOMENTE SE O PARENTE (OUTRO ADULTO) E A ADOLESCENTE DERAM O CONSENTIMENTO.

Pedimos a sua autorização para **MINISTÉRIO DA SAÚDE** conservar uma parte da amostra de sangue no laboratório para ser utilizada no futuro para outros testes ou pesquisas. De momento, não sabemos exactamente que testes vão ser efectuados. Nenhum nome ou nenhuma outra informação que poderia lhe identificar, ou identificar (NOME DA ADOLESCENTE) não será ligada à amostra de sangue. A senhora não é obrigada a aceitar. Mesmo se não aceitar que seja conservada a amostra de sangue para uma utilização futura, (SENHORA/NOME DA ADOLESCENTE) pode participar no teste do VIH deste inquérito. A senhora autoriza a conservação da amostra de sangue para testes ou pesquisas futuras?

SECÇÃO D.3:
MEDIDAS DO PESO, DA ALTURA E DO NÍVEL DE HEMOGLOBINA E TESTE DO VIH NOS HOMENS DE 15-59 ANOS

531 — VERIFIQUE COLUNA 10. REGISTE O NÚMERO DE LINHA E O NOME DE TODOS OS HOMENS DE **15-59** ANOS NA **Q.532**. SE HOUVER MAIS DE **3** HOMENS, UTILIZE UM QUESTIONÁRIO SUPLEMENTAR.

O RESULTADO FINAL DAS MEDIDAS DO PESO E DA ALTURA DEVE SER REGISTADO EM **Q.532C**, EM **Q.543** PARA O TESTE DE ANEMIA E EM **Q.545** PARA O TESTE DO VIH.

		HOMEM 1	HOMEM 2	HOMEM 3
532	Nº DE LINHA COLUNA 10 NOME DE COLUNA 2	Nº DE LINHA .... [ ][ ] NOME ________	Nº DE LINHA .... [ ][ ] NOME ________	Nº DE LINHA .... [ ][ ] NOME ________
532A	PESO EM KILOGRAMAS	KG. .... [ ][ ][ ] , [ ]	KG. .... [ ][ ][ ] , [ ]	KG. . [ ][ ][ ] , [ ]
532B	ALTURA EM CENTÍMETROS	CM. .... [ ][ ][ ] , [ ]	CM. .... [ ][ ][ ] , [ ]	CM. . [ ][ ][ ] , [ ]
532C	RESULTADO : MEDIDAS DO PESO E DA ALTURA	MEDIDO ..... 1 AUSENTE ..... 2 RECUSA ..... 3 OUTRO 6	MEDIDO ..... 1 AUSENTE ..... 2 RECUSA ..... 3 OUTRO 6	MEDIDO ..... 1 AUSENTE ..... 2 RECUSA ..... 3 OUTRO 6
536	**IDADE**: VERIFIQ COLUNA 7	15-17 ANOS ..... 1 18-49 ANOS ..... 2 (IR A 539)	15-17 ANOS ..... 1 18-49 ANOS ..... 2 (IR A 539)	15-17 ANOS ..... 1 18-49 ANOS ..... 2 (IR A 539)
537	ESTADO MATRI-MONIAL : VERI-FIQUE COL.8	CÓDIGO 4 (NUNCA UNIÃO) 1 OUTRO ..... 6 (IR A 539)	CÓDIGO 4 (NUNCA UNIÃO) 1 OUTRO ..... 6 (IR A 539)	CÓDIGO 4 (NUNCA UNIÃO) 1 OUTRO ..... 6 (IR A 539)
538	REGISTE O Nº DE LINHA DO PARENTE/ADULTO RESPONSÁVEL DO ADOLESCENTE. REGISTE '**00**' SE A PESSOA NÃO FOI	Nº DE LINHA DO PARENTE/ ADULTO RESPONSÁVEL [ ][ ]	Nº DE LINHA DO PARENTE/ ADULTO RESPONSÁVEL [ ][ ]	Nº DE LINHA DO PARENTE/ ADULTO RESPONSÁVEL [ ][ ]
539	LEIA O CONSENTIMEN-TO PARA O TESTE DE ANEMIA.PARA OS HOMENS DE 15-17 ANOS QUE NUNCA ESTIVERAM EM UNIÃO, PEDE O CONSENTIMEN-TO DO PARENTE /ADULTO IDENTIFICA-DO EM **Q.538,** ANTES DE PEDIR O DO	ACORDADO ..... 1 PARENTE/ ADULTO RESPONSÁVEL RECUSOU 2 INQUIRIDO RECUSOU ..... 3 ________ (ASSINE)	ACORDADO ..... 1 PARENTE/ ADULTO RESPONSÁVEL RECUSOU 2 INQUIRIDO RECUSOU ..... 3 ________ (ASSINE)	ACORDADO ..... 1 PARENTE/ ADULTO RESPONSÁVEL RECUSOU 2 INQUIRIDO RECUSOU ..... 3 ________ (ASSINE)

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO PARA O TESTE DE ANEMIA

LEIA O CONSENTIMENTO A CADA INQUIRIDO. CIRCULE O CÓDIGO '**1**' EM **Q.539** SE O INQUIRIDO ACEITAR O TESTE DE ANEMIA E CÓDIGO '**3**' SE RECUSAR. PARA OS HOMENS DE 15-17 ANOS QUE NUNCA ESTIVERAM EM UNIÃO, PEDE O CONSENTIMENTO DO PARENTE/ADULTO IDENTIFICADO EM **Q.538**, ANTES DE PEDIR CONSENTIMENTO DO PRÓPRIO ADOLESCENTE. CIRCULE O CÓDIGO '**2**' EM **Q.539** SE O PARENTE/ADULTO RECUSAR. FAZER O TESTE, SÓ SE TIVER OS DOIS CONSENTIMENTOS: O DO PARENTE/ADULTO E O DO ADOLESCENTE.

Neste inquérito pedimos às pessoas de participar no teste de anemia. A anemia é um problema de saúde que resulta duma alimentação pobre, de infecções ou de doença crónica. Os resultados deste inquérito vão permitir ao governo de implementar programas para prevenção da anemia. Para este teste de anemia, solicitamos algumas gotas de sangue, recolhidas através da picada do dedo. Para o efeito, utiliza-se um equipamento novo, esterilizado e absolutamente sem risco. Os equipamentos são de utilização única e individual e serão descartados imediatamente após uso, de modo a não causar nenhum risco à saúde. O sangue é testado para a anemia imediatamente e o resultado dado. Os resultados são confidenciais. Tem alguma pergunta? Pode decidir SIM para o teste ou NÃO. A decisão é sua. Dá autorização a (NOME DO ADOLESCENTE) para participar no teste de anemia?

		HOMEM 1	HOMEM 2	HOMEM 3
	Nº DE LINHA COLUNA 10 NOME DE COLUNA 2	Nº DE LINHA .... [ ][ ] NOME ________	Nº DE LINHA .... [ ][ ] NOME ________	Nº DE LINHA .... [ ][ ] NOME ________
540	LEIA O CONSENTIMEN-TO PARA O TESTE DO VIH. DOS HOMENS DE 15-17 ANOS QUE NUNCA ESTIVERAM EM UNIÃO, PEDE O CONSENTIMENTO DO PARENTE/ADULTO IDENTIFICADO EM **Q.538** ANTES DE	ACORDADO ..... 1 PARENTE/ ADULTO RESPONSÁVEL RECUSOU 2 INQUIRIDO RECUSOU ..... 3 ________ (ASSINE)	ACORDADO ..... 1 PARENTE/ ADULTO RESPONSÁVEL RECUSOU 2 INQUIRIDO RECUSOU ..... 3 ________ (ASSINE)	ACORDADO ..... 1 PARENTE/ ADULTO RESPONSÁVEL RECUSOU 2 INQUIRIDO RECUSOU ..... 3 ________ (ASSINE)

541	VERIFIQUE **Q.539** E **Q.540** E PREPARE OS INSTRUMENTOS NECESSARIOS PARA O(S) TESTE(S) PARA OS QUAIS O CONSENTIMENTO FOI OBTIDO. DE SEGUIDA, PROCEDA AO(S) TESTE(S). PARA CADA HOMEM ELEGÍVEL, O CÓDIGO DO RESULTADO DO TESTE DE ANEMIA DEVE SER REGISTADO EM **Q.543**, E PARA O TESTE DO VIH EM **Q.545**, MESMO SE ELE NÃO ESTAVA PRESENTE, RECUSOU, OU NÃO PODIA SER TESTADO POR OUTRAS RAZÕES.		
542 REGISTE O NÍVEL DE HEMOGLOBINA AQUI E NA BROCHURA	G/DL . . . . . . [ ][ ] , [ ]	G/DL . . . . . . [ ][ ] , [ ]	G/DL . . . . . . [ ][ ] , [ ]
543 RESULTADO DO TESTE DE ANEMIA	MEDIDO . . . . 1 AUSENTE . . . . 2 RECUSA . . . . 3 OUTRO 6	MEDIDO . . . . 1 AUSENTE . . . . 2 RECUSA . . . . 3 OUTRO 6	MEDIDO . . . . 1 AUSENTE . . . . 2 RECUSA . . . . 3 OUTRO 6
544 COLE O CÓDIGO BARRA	COLE O 1º CÓDIGO BARRA AQUI COLE O 2º SOBRE O PAPEL FILTRO DO INQUIRIDO, E O 3º SOBRE A FICHA DE TRANSMISSÃO DAS	COLE O 1º CÓDIGO BARRA AQUI COLE O 2º SOBRE O PAPEL FILTRO DO INQUIRIDO, E O 3º SOBRE A FICHA DE TRANSMISSÃO DAS	COLE O 1º CÓDIGO BARRA AQUI COLE O 2º SOBRE O PAPEL FILTRO DO INQUIRIDO, E O 3º SOBRE A FICHA DE TRANSMISSÃO DAS
545 CÓDIGO RESULTADO DO TESTE DO VIH	SANG. RECOLHIDO . . . . 1 AUSENTE . . . . 2 RECUSA . . . . 3 OUTRO 6	SANG. RECOLHIDO . . . . 1 AUSENTE . . . . 2 RECUSA . . . . 3 OUTRO 6	SANG. RECOLHIDO . . . . 1 AUSENTE . . . . 2 RECUSA . . . . 3 OUTRO 6

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO PARA O TESTE DO VIH

LEIA O CONSENTIMENTO A CADA INQUIRIDO. CIRCULE O CÓDIGO '1' EM **Q.540** SE O INQUIRIDO ACEITAR O TESTE DE VIH E CÓDIGO '3' SE ELE RECUSAR. PARA OS HOMENS DE 15-17 ANOS QUE NUNCA ESTIVERAM EM UNIÃO, PEDE O CONSENTIMENTO DO PARENTE/ADULTO IDENTIFICADO EM **Q.538**, ANTES DE PEDIR CONSENTIMENTO DO PRÓPRIO ADOLESCENTE. CIRCULE O CÓDIGO '2' EM **Q.540** SE O PARENTE/ADULTO RECUSAR. FAZER O TESTE, SÓ SE TIVER OS DOIS CONSENTIMENTOS: O DO PARENTE/ADULTO E O DO ADOLESCENTE.

Neste inquérito pedimos às pessoas em todo o país para participar no teste do VIH. O VIH é o virus que causa a SIDA. A SIDA é uma doença muito grave. O teste do VIH é efectuado neste inquérito para medir a gravidade do problema da SIDA em São Tomé e Príncipe. Para o teste do VIH, solicitamos algumas gotas de sangue, recolhidas através da picada do dedo. Para o efeito, utiliza-se um equipamento novo, esterilizado e absolutamente sem risco. Os equipamentos são de utilização única e individual e serão descartados imediatamente após uso, de modo a não causar nenhum risco à saúde. Nenhum nome será ligado à amostra de sangue e não poderemos lhe dar o resultado do teste. Também, nenhuma outra pessoa poderá saber (os seus) resultados /de NOME DO ADOLESCENTE). Se quer saber se tem o VIH, posso lhe fornecer a lista dos centros (os mais próximos) que fornecem serviços de teste e de aconselhamento sobre o VIH. Também, vou lhe dar uma ficha para beneficiar de serviço gratuito nestes centros para Si (e para o seu parceiro se quiser). Tem alguma pergunta? Pode decidir SIM para o teste ou NÃO. A decisão é sua. Dá consentimento para que (NOME DO ADOLESCENTE) participa no teste de VIH?

Nº DE LINHA COLUNA 10 NOME DE COLUNA 2	Nº DE LINHA . . . . [ ][ ] NOME ________________	Nº DE LINHA . . . . [ ][ ] NOME ________________	Nº DE LINHA . . . . [ ][ ] NOME ________________
545A VERIFIQUE **Q.545**: PARTICIPAÇÃO AO TESTE DE VIH	SANGUE COLHIDO [ ] ↓ SANGUE NÃO COL [ ] → IR AO HOMEM SEGUINTE	SANGUE COLHIDO [ ] ↓ SANGUE NÃO COL [ ] → IR AO HOMEM SEGUINTE	SANGUE COLHIDO [ ] ↓ SANGUE NÃO COL [ ] → IR AO HOMEM SEGUINTE
545B LEIA O CONSENTIMEN-TO PARA OS TESTES SUPLEMENTARES. PARA OS HOMENS DE 15-17 ANOS QUE NUNCA ESTIVERAM EM UNIÃO, PEDE O CONSENTIMENTO DO PARENTE/ADULTO IDENTIFICADO A **Q.538** ANTES DE	ACORDADO . . . . 1 PARENTE/ ADULTO RESPONSÁVEL RECUSOU 2 INQUIRIDO RECUSOU . . . . . . 3 ________________ (ASSINE)	ACORDADO . . . . 1 PARENTE/ ADULTO RESPONSÁVEL RECUSOU 2 INQUIRIDO RECUSOU . . . . . . 3 ________________ (ASSINE)	ACORDADO . . . . 1 PARENTE/ ADULTO RESPONSÁVEL RECUSOU 2 INQUIRIDO RECUSOU . . . . . . 3 ________________ (ASSINE)
545C TESTES SUPLEMEN-TARES	VERIFIQUE **Q.545B**: SE O CONSENTIMENTO NÃO FOR ACORDADO, ESCREVA "NÃO PARA OUTROS TESTES" SOBRE O PAPEL FILTRO	VERIFIQUE **Q.545B**: SE O CONSENTIMENTO NÃO FOR ACORDADO, ESCREVA "NÃO PARA OUTROS TESTES" SOBRE O PAPEL FILTRO	VERIFIQUE **Q.545B**: SE O CONSENTIMENTO NÃO FOR ACORDADO, ESCREVA "NÃO PARA OUTROS TESTES" SOBRE O PAPEL FILTRO
545D	VOLTE A **Q.533** COLUNA SEGUINTE DESTE QUESTIONÁRIO OU À 1ª COLUNA DO NOVO QUESTIONÁRIO; SE NÃO HOUVER MAIS HOMENS, FIM DA ENTREVISTA.		

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO PARA OS TESTES SUPLEMENTARES

LEIA O CONSENTIMENTO A CADA INQUIRIDO. CIRCULE O CODOGO '**1**' EM **Q.545B** SE O INQUIRIDO ACEITAR O TESTE E O CODIGO '**3**' SE ELE RECUSAR. PARA OS HOMENS DE 15-17 ANOS QUE NUNCA ESTIVERAM EM UNIÃO, PEDE O CONSENTIMENTO DO PARENTE/ADULTO IDENTIFICADO EM **Q.538**, ANTES DE PEDIR CONSENTIMENTO DO PRÓPRIO ADOLESCENTE. CIRCULE O CÓDIGO '**2**' EM **Q.545B** SE O PARENTE (OUTRO ADULTO) RECUSAR, CIRCULE '**1**' EM **Q.545B** SOMENTE SE O PARENTE (OUTRO ADULTO) E O ADOLESCENTE DERAM O CONSENTIMENTO.

Pedimos a sua autorização para **MINISTÉRIO DA SAÚDE** conservar uma parte da amostra de sangue no laboratório para ser utilizada no futuro para outros testes ou pesquisas. De momento, não sabemos exactamente que testes vão ser efectuados. Nenhum nome ou nenhuma outra informação que poderia lhe identificar, ou identificar (NOME DO ADOLESCENTE) não será ligada à amostra de sangue. O senhor não é obrigado a aceitar. Mesmo se não aceitar que seja conservada a amostra de sangue para uma utilização futura, (SENHOR/NOME DO ADOLESCENTE) pode participar no teste do VIH deste inquérito. O senhor autoriza a conservação da amostra de sangue para testes ou pesquisas futuras?

A UTILIZAR CASO O AGREGADO FAMILIAR FORSELECCIONADO PARA A "VIOLÊNCIA DOMÉSTICA", SECÇÃO 12. RELAÇÕES NO AGREGADO FAMILIAR, DO QUESTIONÁRIO MULHER.

(VERIFIQUE A PÁGINA DE COBERTURA)

1. SE EXISTIR UMA ÚNICA MULHER ELEGÍVEL NO AGREGADO FAMILIAR

Na primeira linha do quadrado seguinte, escreva o nome e o número de linha da mulher elegível (ver columa 9 da Secção A sobre características dos membros do agregado familiar): esta mulher responderá à secção 12 sobre "Relações no agregado familiar", equivalente a violência doméstica.

2. SE EXISTIREM MAIS DE UMA MULHER ELEGÍVEL NO AGREGADO FAMILIAR

a) **No quadro seguinte, registe o nome, a idade e o número de linha de todas as mulheres elegíveis (ver coluna 9 da Secção A sobre características dos membros do agregado familiar), começando pela mulher elegível mais idosa e terminando pela mais nova.**

b) **Consulte a página de cobertura do Questionário Agregado Familiar, e considera o último dígito do número do agregado. De seguida, circule o dígito correspondente na primeira linha do quadro abaixo (que vai de 1 a 0). De seguida, desça a coluna até chegar a linha da última mulher elegível. Circule o dígito correspondente ao cruzamento entre esta coluna e a linha.**

c) **O último dígito circulado, indica o NÚMERO DE ORDEM da mulher a seleccionar para responder a Secção 12 do Questionário Mulher. Circule neste quadro o NÚMERO DE LINHA da mulher seleccionada.**

N.º de ordem	Nome da Mulher	Idade da Mulher	N.º de Linha da Mulher	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
1ª				1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2ª				2	1	2	1	2	1	2	1	2	1
3ª				1	2	3	1	2	3	1	2	3	1
4ª				1	2	3	4	1	2	3	4	1	2
5ª				4	5	1	2	3	4	5	1	2	3
6ª				4	5	6	1	2	3	4	5	6	1
7ª				3	4	5	6	7	1	2	3	4	5
8ª				3	4	5	6	7	8	1	2	3	4
9ª				2	3	4	5	6	7	8	9	1	2
10ª				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA
São Tomé e Príncipe

INQUÉRITO DEMOGRÁFICO E SANITÁRIO (IDS-2008)

DIRECÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE
São Tomé e Príncipe

QUESTIONÁRIO INDIVIDUAL MULHER

AS INFORMAÇÕES QUE FIGURAM NESTE QUESTIONÁRIO SÃO DE CARÁCTER CONFIDENCIAL DE ACORDO COM A LEI 5/98

IDENTIFICAÇÃO E LOCALIZAÇÃO

AF.01- NOME DO CHEFE OU REPRESENTANTE DO AGREGADO ____________

AF.02- NOME DA LOCALIDADE ____________

AF.03- AGLOMERAÇÃO ____________

AF.04- REGIÃO ____________	CÓDIGO REGIÃO
AF.05- DOMÍNIO DO ESTUDO: DISTRITO ____________	CÓDIGO DISTRITO
AF.06- ÁREA DE ENUMERAÇÃO (AE) ____________	CÓDIGO AE
AF.07- NÚMERO DO AGREGADO FAMILIAR …………………………………………………………..	NÚMERO
AF.08- NOME E NÚMERO DE LINHA DA MULHER ____________	NÚMERO DE LINHA

VISITAS DE INQUIRIDORAS

	1	2	3	VISITA FINAL
DATA: DIA MÊS ANO	 2008	 2008	 2008	DIA MÊS ANO 2008
NOME INQUIRIDORA:	______	______	______	CÓD. INQUIRIDORA
AF.09- RESULTADO*	______	______	______	CÓDIGO RESULTADO*
PRÓXIMA VISITA: DATA HORA	(Dia) (Mês) (Ano)	(Dia) (Mês) (Ano)		N.º TOTAL DE VISITAS

***CÓDIGOS RESULTADOS:**

1 COMPLETO
2 AUSENTE
3 ADIADA
4 RECUSA
5 PARCIALMENTE PREENCHIDO
6 INCAPACITADA
7 OUTRO ____________
(ESPECIFIQUE)

CONTROLADOR(A)	SUPERVISOR(A)	VERIFICADOR(A)	DIGITADOR(A)
NOME ______ **Código** DATA (Dia) (Mês) (Ano)	NOME ______ **Código** DATA (Dia) (Mês) (Ano)	**Código**	**Código**

SECÇAO 1. CARACTERISTICAS DA INQUIRIDA

INTRODUÇÃO E CONSENTIMENTO

CONSENTIMENTO APÓS INFORMAÇÕES

Bom dia. Meu nome é ____________________ trabalho para o **INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA** e o **MINISTÉRIO DA SAÚDE**. Estamos a realizar um inquérito nacional sobre a saúde das mulheres, dos homens e das crianças. Gostariamos que participasse neste inquérito. Por isso, pretendo colocar-lhe algumas questões sobre a sua saúde e a saúde dos seus filhos. Estas informações serão úteis aos programas do Governo para planear e organizar os serviços de saúde. A entrevista vai demorar cerca de 30 minutos. As informações que nos fornecerá serão estritamente confidenciais e não serão transmitidas a outras pessoas.
A sua participação neste inquérito é voluntária, mas de extrema importância. A senhora estará contribuindo muito para resolvermos alguns problemas que hoje em dia enfrentamos. Esperamos que aceite participar neste inquérito pois, a sua opinião como a de muitos, mulheres e homens que vamos entrevistar, é extremamente importante para nós.

Tem alguma questão ou quer pedir algum esclarecimento sobre o inquérito? **Então, posso começar a entrevista?**

Assinatura da inquiridora: ____________________ **Data:** __________

A INQUIRIDA ACEITOU RESPONDER . . . . . 1 ↓ **A INQUIRIDA RECUSOU RESPONDER** . . . 2 → FIM

Nº	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS E CÓDIGOS	PASSE A
101	ANOTE A HORA DO INÍCIO DA ENTREVISTA	HORA . . . . [ ][ ] MINUTOS . . . . [ ][ ]	
102	Há quanto tempo vive continuamente aqui em (NOME DA CIDADE/VILA/LOCALIDADE/COMUNIDADE) ? **SE MENOS DE UM ANO ANOTE "00"**	ANO . . . . [ ][ ] SEMPRE VIVEU . . . . 95 VISITA 96	 → 104
103	Quando criança, até os 12 anos de idade, aonde a Senhora morou a maior parte do tempo? **ESCREVA O NOME DO BAIRRO OU LOCALIDADE ONDE MORROU, ATÉ AOS 12 ANOS DE IDADE, MAIOR PARTE DO TEMPO.**	NOME DO LOCAL ____________ DISTRITO ____________ CIDADE SÃO TOMÉ 1 OUTRAS CIDADES/VILAS 2 OUTRO URBANO 3 ZONA RURAL 4 CIDADE NO ESTRANGEI 5 **RESERVADO AO INE** [ ]	
104	Nos últimos 12 meses, quantas vezes viajou fora da sua comunidade e dormiu fora da sua casa?	NÚMERO DE VIAGENS . . . . . . [ ][ ] NENHUM 00	 → 106
105	Nos últimos 12 meses, esteve ausente da sua comunidade durante mais de um mês seguido?	SIM . . . . 1 NÃO 2	
106	Em que mês e ano nasceu?	MÊS . . . . [ ][ ] NÃO SABE O MÊS . . . . .98 ANO . . . . [ ][ ][ ][ ] NÃO SABE O ANO 9998	
107	Que idade tinha (fez) na altura do seu último aniversário? **(COMPARE E CORRIJA 106 E/OU 107 SE HOUVER INCONSISTÊNCIA/INCOERÊNCIA)**	IDADE EM ANOS COMPLETOS [ ][ ]	
107A	Onde nasceu (Distrito ou País de nascimento)?	ÁGUA GRANDE . . . . 11 MÉ-ZÓCHI . . . . 12 CANTAGALO . . . . 23 CAUÉ . . . . 24 LEMBÁ . . . . 35 LOBATA . . . . 36 REGIÃO PRÍNCIPE . . . . 47 CABO VERDE . . . . 91 ANGOLA . . . . 92 GABÃO . . . . 93 GUINÉ-EQUATORIAL 94 PORTUGAL . . . . 95 OUTRO PAÍS ____________ .. 96 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE 98	

Nº	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS E CÓDIGOS	PASSE A
107B	Onde residiu há **5 anos atrás** (Distrito ou País de residência)?	ÁGUA GRANDE . . . . 11 MÉ-ZÓCHI . . . . 12 CANTAGALO . . . . 23 CAUÉ . . . . 24 LEMBÁ . . . . 35 LOBATA . . . . 36 REGIÃO PRÍNCIPE . . . . 47 CABO VERDE . . . . 91 ANGOLA . . . . 92 GABÃO . . . . 93 GUINÉ-EQUATORIAL 94 PORTUGAL . . . . 95 OUTRO PAÍS ________ .. 96 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE 98	
108	Alguma vez frequentou um estabelecimento do ensino?	SIM . . . . 1 NÃO 2	 → 112
108A	Actualmente está a frequentar um estabelecimento do ensino?	SIM . . . . 1 NÃO 2	→ 109
108B	Qual foi a principal razão pela qual a senhora deixou ou interrompeu a frequência escolar?	FICOU GRÁVIDA . . . . 01 CASAMENTO . . . . 02 CUIDAR DAS CRIANÇAS . . . . 03 AJUDAR FAMÍLIA . . . . 04 FALTA DE DINHEIRO . . . . 05 PRECISA TRABALHAR . . . . 06 TERMINOU OS ESTUDOS . . . . 07 MÁS NOTAS . . . . 08 LIMITE DE IDADE . . . . 09 ESCOLA DE DIFÍCIL ACESSO . . . . 10 DOENÇA OU RAZÃO MÉDICA . . . . 11 NÃO GOSTA DE ESTUDAR 12 OUTRO ________ .... 96 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE 98	
109	Qual o nivel mais elevado que atingiu: básico, secundário, superior ou alfabetização?	BÁSICO . . . . 1 SECÚNDARIO . . . . 2 SUPERIOR . . . . 3 ALFABETIZAÇÃO 4	
110	Qual o ano/classe mais elevado(a) que você concluiu neste nível? **Se BÁSICO:** 0=Jardim; 1=1ª; 2=2ª; 3=3ª; 4=4ª; 5=5ª; e 6=6ª Classe **Se SECUNDÁRIO:** 1=7ª; 2=8ª; 3=9ª; 4=10ª; 5=11ª; e 6=12ª Classe **Se SUPERIOR:** 1-3=Médio/Bacharelato; 4=Licenciatura; e 5+=Pós-Graduação/Mestrado/Doutoramento **Se ALFABETIZAÇÃO:** 1=1ª Classe; 2=2ª Classe; 3=3ª Classe; e 4=4ª Classe	**ANO/CLASSE MAIS ELEVADO CONCLUÍDO** **BÁS.** 0 1 2 3 4 5 6 **SEC.** 1 2 3 4 5 6 **SUP.** 1 2 3 4 5+ **ALF.** 1 2 3 4	
111	**CONFIRA 109:** BÁSICO OU ALFABETIZAÇÃO ☐ ↓ SECUNDÁRIO OU SUPERIOR ☐ →		115
112	Agora, gostaria que lesse essa frase em voz alta. **MOSTRE A SUA CARTA À INQUIRIDA.** **SE NÃO CONSEGUIR LER A FRASE INTEIRA, INSISTA PARA QUE LEIA UMA PARTE.**	NÃO CONSEGUE LER . . . . 1 CONSEGUE LER APENAS PARTE . . . . 2 LÊ A FRASE COMPLETA . . . . 3 LÍNGUA NÃO SE APLICA: . . . . 4 ESPECIFIQUE: ________ TEM PROBLEMA DE VISÃO 5	
114	**CONFIRA 112:** CÓDIGOS "**2**", "**3**" OU "**4**" CIRCULADO ☐ ↓ CÓDIGO "**1**" OU "**5**" CIRCULADO ☐ →		116
115	Costuma ler jornal ou revista, quase todos os dias, pelo menos uma vez por semana, menos de uma vez por semana ou nunca?	QUASE TODOS OS DIAS . . . . 1 PELO MENOS UMA VEZ POR SEMANA 2 MENOS DE UMA VEZ POR SEMANA 3 NUNCA 4	
116	Costuma escutar rádio quase todos os dias, pelo menos uma vez por semana, menos de uma vez por semana ou nunca?	QUASE TODOS OS DIAS . . . . 1 PELO MENOS UMA VEZ POR SEMANA 2 MENOS DE UMA VEZ POR SEMANA 3 NUNCA 4	
117	Costuma assistir televisão, quase todos os dias, pelo menos uma vez por semana, menos de uma vez por semana ou nunca?	QUASE TODOS OS DIAS . . . . 1 PELO MENOS UMA VEZ POR SEMANA 2 MENOS DE UMA VEZ POR SEMANA 3 NUNCA 4	
118	Qual é a sua religião?	CATÓLICA . . . . 01 EVANGELISTA . . . . 02 ADVENTISTA . . . . 03 TESTEMUNHA DE JEÓVA . . . . 04 MANÁ . . . . 05 NOVA APOSTÓLICA . . . . 06 MUÇULMANA . . . . 07 SEM RELIGIÃO .. . . 08 NÃO RESPONDEU .. . . 09 OUTRA ________ . . . . 96 (ESPECIFIQUE)	

SECÇAO 2. REPRODUÇAO

Nº	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS E CÓDIGOS	PASSE A
201	Agora, gostaria de fazer perguntas sobre todos os filhos nascidos vivos. **Você/Senhora já teve algum filho**?	SIM ..... 1 NÃO 2	 → 206
202	Todos os filhos/filhas tido(as) vivem consigo actualmente?	SIM ..... 1 NÃO 2	 → 204
203	Quantos filhos seus **vivem consigo**? Quantas filhas sua **vivem consigo**? **SE NENHUM, ANOTE '00'.**	FILHOS EM CASA ..... [ ][ ] FILHAS EM CASA ..... [ ][ ]	
204	Tem algum filho ou filha que não vive consigo?	SIM ..... 1 NÃO 2	 → 206
205	Quantos filhos seus **não vivem consigo**? Quantas filhas sua **não vivem consigo**? **SE NENHUM, ANOTE '00'.**	FILHOS FORA DE CASA ..... [ ][ ] FILHAS FORA DE CASA ..... [ ][ ]	
206	Teve algum filho ou filha que nasceu vivo, mas faleceu depois? **SE NÃO, INSISTA :** Algum bébe que na hora de nascimento chorou ou mostrou sinais de vida, mas faleceu de seguida, ou seja, sobreviveu algumas horas ou dias para depois falecer?	SIM ..... 1 NÃO 2	 → 208
207	Quantos filhos já faleceram? Quantas filhas já faleceram **SE NENHUM, ANOTE '00'.**	FILHOS FALECIDOS ..... [ ][ ] FILHAS FALECIDAS ..... [ ][ ]	
208	SOME AS RESPOSTAS DAS PERGUNTAS 203, 205 E 207, E ANOTE O TOTAL **SE NENHUM, ANOTE '00'.**	TOTAL ..... [ ][ ]	
209	**VERIFIQUE 208:** Gostaria de certificar se entendi bem: Teve no TOTAL _____ crianças que nasceram vivas. É mesmo esse número? SIM [ ] ↓ NãO [ ] → INSISTA E CORRIJA 201-208 CORRECTAMENTE.		
210	**VERIFIQUE 208:** 2 OU MAIS FILHOS NASCIDOS VIVOS [ ] ↓ 1 SÓ FILHO NASCIDO VIVO [ ] → 211 NENHUM FILHO NASCIDO VIVO [ ] → 226		211 226
210A	Todos os seus filhos têm o mesmo pai?	SIM ..... 1 NÃO 2	→ 211
210B	Se **NÃO**, qual o número de país?.	NÚMERO DE PAIS ..... [ ][ ]	

211	Agora gostaria de obter mais detalhes sobre todos seus filhos/as, quer estejam vivos ou não, começando pelo primeiro. ANOTE OS NOMES DE TODOS OS FILHOS/AS NA PERGUNTA 212, E PARA CADA UM, PROSSIGA ATÉ A PERGUNTA 221, ANTES DE PASSAR AO PRÓXIMO, ANOTE OS GÉMEOS / TRIGÉMEOS (…..) EM LINHAS SEPARADAS. (SE MAIS DE 15 NASCIMENTOS, UTILISE O QUESTIONÁRIO SUPLEMENTAR), COMEÇANDO NA SEGUNDA LINHA).

212	213	214	215	216	217	218	219	220	221
					SE AINDA VIVO			**SE FALECIDO**	
Que NOME deu ao seu (Primeiro/ Próximo) filho/a? **(SE NÃO TEM NOME, ESCREVA "<u>BÉBÉ</u>")** (NOME)	O parto de (NOME) foi simples ou múltiplo?	De que sexo é (NOME)?	Em que mês e ano (NOME) nasceu? **INSISTA:** Qual é a sua data de nascimento?	(NOME) ainda está vivo?	Quantos anos fez (NOME) no último aniversário? **(ANOTE IDADE EM ANOS COMPLETOS)**	(NOME) vive consigo?	ANOTE O N.º DE LINHA DA CRIANÇA NA LISTA DO AGREGADO **<u>(SECÇÃO A)</u>** **(ANOTE "<u>00</u>" SE A CRIANÇA NÃO CONSTA NA LISTA DO AGREGADO)**	Quantos anos tinha (NOME) quando faleceu? **SE <u>1 ANO</u>, INSISTA:** ***Quantos meses tinha (NOME)?*** **(ANOTE EM DIAS SE MENOS DE 1 MÊS; EM MESES SE MENOS DE 2 ANOS; OU EM ANOS SE ≥ 2 ANOS)**	Houve outros nascimentos VIVOS entre o nascimento de (NOME) e o filho anterior incluindo crianças q/ faleceram após o nascimento?
01	SIMP 1 MULT 2	MAS 1 FEM 2	MÊS ANO	SIM 1 NÃO 2 → 220	IDADE EM ANOS	SIM 1 NÃO 2	N^O LINHA → (PRÓXIMO NASCIMENTO)	DIA 1 MÊS 2 ANO 3	
02	SIMP 1 MULT 2	MAS 1 FEM 2	MÊS ANO	SIM 1 NÃO 2 → 220	IDADE EM ANOS	SIM 1 NÃO 2	Nº LINHA → 221	DIA 1 MÊS 2 ANO 3	**SIM** 1 ACRESCENTE NASC. **NÃO** 2 NASC. SEGUINTE
03	SIMP 1 MULT 2	MAS 1 FEM 2	MÊS ANO	SIM 1 NÃO 2 → 220	IDADE EM ANOS	SIM 1 NÃO 2	Nº LINHA → 221	DIA 1 MÊS 2 ANO 3	**SIM** 1 ACRESCENTE NASC. **NÃO** 2 NASC. SEGUINTE
04	SIMP 1 MULT 2	MAS 1 FEM 2	MÊS ANO	SIM 1 NÃO 2 → 220	IDADE EM ANOS	SIM 1 NÃO 2	Nº LINHA → 221	DIA 1 MÊS 2 ANO 3	**SIM** 1 ACRESCENTE NASC. **NÃO** 2 NASC. SEGUINTE
05	SIMP 1 MULT 2	MAS 1 FEM 2	MÊS ANO	SIM 1 NÃO 2 → 220	IDADE EM ANOS	SIM 1 NÃO 2	Nº LINHA → 221	DIA 1 MÊS 2 ANO 3	**SIM** 1 ACRESCENTE NASC. **NÃO** 2 NASC. SEGUINTE
06	SIMP 1 MULT 2	MAS 1 FEM 2	MÊS ANO	SIM 1 NÃO 2 → 220	221 EM ANOS	SIM 1 NÃO 2	Nº LINHA → 221	DIA 1 MÊS 2 ANO 3	**SIM** 1 ACRESCENTE NASC. **NÃO** 2 NASC. SEGUINTE
07	SIMP 1 MULT 2	MAS 1 FEM 2	MÊS ANO	SIM 1 NÃO 2 → 220	IDADE EM ANOS	SIM 1 NÃO 2	Nº LINHA → 221	DIA 1 MÊS 2 ANO 3	**SIM** 1 ACRESCENTE NASC. **NÃO** 2 NASC. SEGUINTE

212	213	214	215	216	217	218	219	220	221
					SE AINDA VIVO			SE FALECIDO	
Que NOME deu ao seu (Primeiro/ Próximo) filho/a? **(SE NÃO TEM NOME, ESCREVA "BÉBÉ")** (NOME)	O parto de (NOME) foi simples ou múltiplo?	De que sexo é (NOME)?	Em que mês e ano (NOME) nasceu? **INSISTA:** Qual é a sua data de nascimento?	(NOME) ainda está vivo?	Quantos anos fez (NOME) no último aniversário? **(ANOTE IDADE EM ANOS COMPLETOS)**	(NOME) vive consigo?	ANOTE O N.º DE LINHA DA CRIANÇA NA LISTA DO AGREGADO **(ANOTE "00" SE A CRIANÇA NÃO CONSTA NA LISTA DO AGREGADO)**	Quantos anos tinha (NOME) quando faleceu? **SE 1 ANO, INSISTA:** ***Quantos meses tinha (NOME)?*** **(ANOTE EM DIAS SE MENOS DE 1 MÊS; EM MESES SE MENOS DE 2 ANOS; OU EM ANOS SE ≥ 2 ANOS)**	Houve outros nascimentos entre o nascimento de (NOME) e o filho anterior?
08	SIMP 1 MULT 2	MAS 1 FEM 2	MÊS ANO	SIM 1 NÃO 2 → 220	IDADE EM ANOS	SIM 1 NÃO 2	N^O LINHA → (PRÓXIMO NASCIMENTO)	DIA 1 MÊS 2 ANO 3	**SIM** 1 → ACRES-CENTE NASC. **NÃO** 2 → NASC. SEGUINTE
09	SIMP 1 MULT 2	MAS 1 FEM 2	MÊS ANO	SIM 1 NÃO 2 → 220	IDADE EM ANOS	SIM 1 NÃO 2	N^O LINHA → 221	DIA 1 MÊS 2 ANO 3	**SIM** 1 → ACRES-CENTE NASC. **NÃO** 2 → NASC. SEGUINTE
10	SIMP 1 MULT 2	MAS 1 FEM 2	MÊS ANO	SIM 1 NÃO 2 → 220	IDADE EM ANOS	SIM 1 NÃO 2	N^O LINHA → 221	DIA 1 MÊS 2 ANO 3	**SIM** 1 → ACRES-CENTE NASC. **NÃO** 2 → NASC. SEGUINTE
11	SIMP 1 MULT 2	MAS 1 FEM 2	MÊS ANO	SIM 1 NÃO 2 → 220	IDADE EM ANOS	SIM 1 NÃO 2	N^O LINHA → 221	DIA 1 MÊS 2 ANO 3	**SIM** 1 → ACRES-CENTE NASC. **NÃO** 2 → NASC. SEGUINTE
12	SIMP 1 MULT 2	MAS 1 FEM 2	MÊS ANO	SIM 1 NÃO 2 → 220	IDADE EM ANOS	SIM 1 NÃO 2	N^O LINHA → 221	DIA 1 MÊS 2 ANO 3	**SIM** 1 → ACRES-CENTE NASC. **NÃO** 2 → NASC. SEGUINTE
13	SIMP 1 MULT 2	MAS 1 FEM 2	MÊS ANO	SIM 1 NÃO 2 → 220	IDADE EM ANOS	SIM 1 NÃO 2	N^O LINHA → 221	DIA 1 MÊS 2 ANO 3	**SIM** 1 → ACRES-CENTE NASC. **NÃO** 2 → NASC. SEGUINTE
14	SIMP 1 MULT 2	MAS 1 FEM 2	MÊS ANO	SIM 1 NÃO 2 → 220	IDADE EM ANOS	SIM 1 NÃO 2	N^O LINHA → 221	DIA 1 MÊS 2 ANO 3	**SIM** 1 → ACRES-CENTE NASC. **NÃO** 2 → NASC. SEGUINTE
15	SIMP 1 MULT 2	MAS 1 FEM 2	MÊS ANO	SIM 1 NÃO 2 → 220	IDADE EM ANOS	SIM 1 NÃO 2	N^O LINHA → 221	DIA 1 MÊS 2 ANO 3	**SIM** 1 → ACRES-CENTE NASC. **NÃO** 2 → NASC. SEGUINTE

Nº	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS E CÓDIGOS	PASSE A
222	Teve outros filhos que nasceram vivos depois do nascimento do (NOME DO ÚLTIMO FILHO)?	SIM . . . . 1 NÃO 2	
223	**COMPARE 208 COM O NÚMERO DE FILHOS REGISTADO NO QUADRO ACIMA E MARQUE:** OS NÚMEROS SÃO IGUAIS ☐ OS NÚMEROS SÃO DIFERENTES ☐ → **(VERIFIQUE E CORRIJA A INCONSISTÊNCIA)** **<u>CONFIRA SE:</u> 1** PARA CADA FILHO FOI ANOTADO O MÊS E O ANO DE NASCIMENT .... ☐ **2** PARA CADA NASCIMENTO DESDE JANEIRO DE 2003: O MÊS E O ANO DE NASCIMENTO ESTÃO REGISTADOS .... ☐ **3** PARA CADA FILHO VIVO FOI ANOTADA A IDADE ACTU .... ☐ **4** PARA CADA FILHO FALECIDO FOI ANOTADA A IDADE QUE TINHA QUANDO MORREU .... ☐ **5** A IDADE CORRECTA DAS CRIANÇAS QUE FALECERAM NOS PRIMEIROS 23 MESES DE VIDA .... ☐		
224	**CONFIRA 215** E REGISTE O NÚMERO DE NASCIMENTO A PARTIR DE JANEIRO DE 2003. SE NENHUM, REGISTE "**0**" E PASSE A PERGUNTA 226. ☐		
225	PARA CADA NASCIMENTO A PARTIR DE JANEIRO DE 2003, ESCREVA "N" NO MÊS DE NASCIMENTO DO CALENDÁRIO (**COLUNA 1**) PARA CADA NASCIMENTO, PERGUNTA O NÚMERO DE MESES DE DURAÇÃO DA GRAVIDEZ, E ESCREVA "**G**" EM CADA UM DOS MESES PRECEDENTES, DE ACORDO COM A DURAÇÃO DA GRAVIDEZ. **(OBS.: O NÚMERO DE "G" DEVE SER IGUAL AO NÚMERO DE MESES QUE A GRAVIDEZ DUROU MENOS UM)** ESCREVA O NOME DA CRIANÇA A ESQUERDA DO CÓDIGO "**N**".		
226	Está grávida actualmente?	SIM . . . . 1 NÃO . . . . 2 NÃO ESTÁ SEGURO 8	 → 229
227	Há quantos meses está grávida? **REGISTE O NÚMERO DE MESES COMPLETOS. INSCREVA 'G' NO CALENDÁRIO, COMEÇANDO PELO MÊS DO INQUÉRITO E PARA O NÚMERO TOTAL DE MESES COMPLETOS.**	MESES . . . . ☐☐	
228	Quando engravidou, queria ficar grávida <u>*naquele momento*</u> , queria <u>*esperar mais*</u> , ou <u>*não queria ficar grávida*</u> de maneira nenhuma?	NAQUELE MOMENTO . . . . . . 1 MAIS TARDE . . . . 2 NÃO QUERIA ENGRAVIDAR 3	
229	Teve alguma gravidez que terminou em aborto espontâneo, aborto ou em nado-morto?	SIM . . . . 1 NÃO 5	 → 237
230	Em que mês e ano aconteceu a última gravidez que terminou em aborto ou em nado-morto?	MÊS . . . . ☐☐ ANO . . . . ☐☐☐☐	
231	**VERIFIQUE 230:** ÚLTIMA GRAVIDEZ TERMINOU EM JAN. 2003 OU MAIS TARDE ☐ ÚLTIMA GRAVIDEZ TERMINOU ANTES DE JAN. 2003 ☐		→ 237
232	Com quantos meses de gravidez estava quando a sua última gravidez terminou em aborto ou nado-morto? **REGISTE O NÚMERO DE MESES COMPLETOS. ESCREVA 'F' NO CALENDÁRIO, NO MES EM QUE TERMINOU A GRAVIDEZ, E 'G' PARA O NÚMERO RESTANTE DE MESES COMPLETOS.**	MESES . . . . ☐☐	
233	Desde Janeiro 2003, teve outras gravidezes que não terminaram em nados-vivos?	SIM . . . . 1 NÃO 2	 → 235

Nº	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS E CÓDIGOS	PASSE A
234	PERGUNTE A DATA DE TERMINO E A DURAÇÃO PARA CADA GRAVIDEZ PRECEDENTE QUE NÃO TERMINOU EM NADO VIVO, DESDE JANEIRO DE 2003 ATÉ AGORA, COMEÇANDO PELA ÚLTIMA GRAVIDEZ. ESCREVA '**F**' NO CALENDÁRIO, NO MÊS EM QUE TERMINOU CADA GRAVIDEZ, E '**G**' PARA O RESTANTE NÚMERO DE MESES COMPLETOS.		
235	Teve alguma gravidez que terminou antes de Janeiro de 2003 e que resultou em aborto espontâneo, aborto ou nado-morto?	SIM . . . . . 1 NÃO 2	 → 237
236	Indique o mês e ano em que terminou a última gravidez que não resultou em nado-vivo, antes de Janeiro de 2003.	MÊS . . . . . [ ][ ] ANO . . . . . [ ][ ][ ][ ]	
237	Quando é que veio a sua última menstruação? (ESCREVA A DATA EXACTA, SE HOUVER) [ ][ ] Dia [ ][ ] Mês [ ][ ][ ][ ] Ano	HÁ DIAS . . . . . 1 [ ][ ] HÁ SEMANAS . . . . . 2 [ ][ ] HÁ MESES . . . . . 3 [ ][ ] HÁ ANOS . . . . . 4 [ ][ ] ESTÁ EM MENOPAUSA . . . . . 993 TEVE UMA HISTERECTOMIA . . . . . 994 ANTES DO ÚLTIMO NASCIMENTO . . . 995 NUNCA MENSTRUOU 996	
238	Acha que existem dias, entre uma menstruação e outra, nos quais a mulher tem mais facilidade de ficar grávida?	SIM . . . . . 1 NÃO . . . . . 2 NÃO SABE 8	 ⌐ → 239A
239	Em que altura do ciclo menstrual a mulher tem maior probabilidade de engravidar?	DIAS ANTES DO PERÍODO . . . . . 1 DURANTE O PERÍODO . . . . . 2 NO FIM DO PERÍODO . . . . . 3 NO MEIO DO PERÍODO . . . . . 4 DIAS APÓS O PERÍODO . . . . . 5 OUTRA ________ . . . . 6 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE 8	
239A	Alguma vez fez um exame ginecológico/exame genital na marquesa (sem ser o pré-natal)?	SIM . . . . . 1 NÃO 2	 → 301
239B	Em que lugar fez o último exame ginecológico?	CENTRO HOSPITALAR . . . . . 01 CENTRO DISTRITAL DE SAÚDE . . . . 02 POSTO SANITÁRIO . . . . . 03 POSTO COMUNITÁRIO . . . . . 04 PMI/PF - SAÚDE REPRODUTIVA . . . . 05 CLÍNICA PRIVADA . . . . . 06 OUTRA ________ . . . . 96 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE 98	
239C	Nos últimos 12 meses fez algum exame ginecológico?	SIM . . . . . 1 NÃO 2	

SECÇÃO 3. CONTRACEPÇÃO

Agora gostaria de fazer-lhe algumas perguntas sobre o planeamento familiar, ou seja os diferentes meios ou métodos que um casal pode utilizar **para retardar ou evitar** uma gravidez. Que métodos contraceptivos conhece ou já ouviu falar?
PARA OS MÉTODOS NÃO MENCIONADOS ESPONTANEAMENTE, PERGUNTE: Alguma vez ouviu falar do **MÉTODO**)?
CIRCULE O **CÓDIGO 1** NA PERGUNTA **301** PARA CADA MÉTODO MENCIONADO ESPONTANEAMENTE. CONTINUE DE SEGUIDA NA COLUNA 301, LENDO O NOME E A DESCRIÇÃO DE CADA MÉTODO NÃO CITADO ESPONTANEAMENTE. CIRCULE O **CÓDIGO 1** SE O MÉTODO É CONHECIDO E O **CÓDIGO 2** SE MÉTODO NÃO É CONHECIDO. EM SEGUIDA, PARA CADA **MÉTODO** COM O **CÓDIGO 1 CIRCULADO,** FAÇA A PERGUNTA **302.**

301	Que método contraceptivo conhece ou já ouviu falar? **PARA MÉTODOS NÃO CITADOS ESPONTANEAMENTE, PERGUNTE** Alguma vez ouviu falar do (MÉTODO)?		302 Alguma vez utilizou (NOME DO MÉTODO)?
01	ESTERILIZAÇÃO FEMININA / LAQUEAÇÃO (Ligação de trompas) Uma operação que as mulheres submetem com objectivo de não terem mais filhos.	SIM . . . . 1 NÃO 2	Já fez uma operação cirurgica para evitar ter mais filhos? SIM . . . . 1 NÃO 2
02	ESTERILIZAÇÃO MASCULINA / VASECTOMIA Uma operação que os homens submetem com o objectivo de não terem mais filhos.	SIM . . . . 1 NÃO 2	Teve algum parceiro q/fez operação cirúrgica para evitar ter mais filhos? SIM . . . . 1 NÃO 2
03	PILULA Um compromido que contém hormonas femininas (estrogénios e progestagénios) que as mulheres tomam todos os dias para evitar engravidar.	SIM . . . . 1 NÃO 2	SIM . . . . 1 NÃO 2
04	DISPOSITIVO INTRA-UTERINO (DIU) Um dispositivo, em forma de espiral ou T, que é colocado no interior do útero da mulher, por um médico ou enfermeira.	SIM . . . . 1 NÃO 2	SIM . . . . 1 NÃO 2
05	INJECÇÕES CONTRACEPTIVAS Injecção que as mulheres podem tomar mensalmente ou de três em três meses para evitar a gravidez.	SIM . . . . 1 NÃO 2	SIM . . . . 1 NÃO 2
06	IMPLANTES Um dispositivo que se insere sob a pele, na parte superior do braço da mulher e pode prevenir a gravidez durante 5 anos.	SIM . . . . 1 NÃO 2	SIM . . . . 1 NÃO 2
07	PRESERVATIVO MASCULINO / CAMISINHA É tipo um "saquinho" de borracha fina que os homens colocam no pénis quando erecto antes de iniciar as relações sexuais.	SIM . . . . 1 NÃO 2	SIM . . . . 1 NÃO 2
08	PRESERVATIVO FEMININO É tipo um "saquinho" de borracha fina que as mulheres introduzem na vagina antes de iniciar as relações sexuais	SIM . . . . 1 NÃO 2	SIM . . . . 1 NÃO 2
09	DIAFRAGMA É um anel flexível, coberto por uma membrana de borracha fina, que a mulher deve colocar na vagina 15/20 minutos antes da relação sexual, para cobrir o colo urein	SIM . . . . 1 NÃO 2	SIM . . . . 1 NÃO 2
10	ESPERMECIDAS Creme ou um compromido que as mulheres colocam na vagina alguns minutos antes das relações sexuais.	SIM . . . . 1 NÃO 2	SIM . . . . 1 NÃO 2
11	METODO DE ALEITAMENTO MATERNO E AMENOREIA (MAMA) Durante alguns meses após o parto, uma mulher que aleita frequentemente, dia e noite, pode não engravidar	SIM . . . . 1 NÃO 2	SIM . . . . 1 NÃO 2
12	TABELA / ABSTINENCIA SEXUAL PERIODICA O casal evita ter relações sexuais durante período fértil da mulher, período com maior risco para a mulher engravidar.	SIM . . . . 1 NÃO 2	SIM . . . . 1 NÃO 2
13	COITO INTERROMPIDO Quando os homens retiram o pénis da vagina antes de ejacular.	SIM . . . . 1 NÃO 2	SIM . . . . 1 NÃO 2
14	PILULA DO DIA SEGUINTE / DE EMERGENCIA Um compromido que as mulheres tomam até três dias após ter tido relações sexuais.	SIM . . . . 1 NÃO 2	SIM . . . . 1 NÃO 2
15	OUTROS MÉTODOS Os casais podem utilizar outros métodos ou maneira diferentes aos anteriores para evitar uma gravidez. Conhece ou já ouviu falar de algum outro método?	SIM . . . . 1 ____________ (ESPECIFIQUE) ____________ (ESPECIFIQUE) NÃO 2	SIM . . . . 1 NÃO . . . . 2 SIM . . . . 1 NÃO 2

Nº	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS E CÓDIGOS	PASSE A
303	**CONFIRA 302:** Nenhum "SIM" (NUNCA USOU MÉTODO) ☐ ↓	Pelo menos um "SIM" (JÁ USOU MÉTODO) ☐	307
304	Alguma vez você ou seu parceiro/companheiro utilzou alguma coisa ou tentou adiar/espaçar ou evitar uma gravidez?	SIM . . . . 1 NÃO . . . . 2 NÃO SABE 8	1 → 306
305	INSCREVA '**0**' EM CADA MÊS DO CALENDÁRIO DEIXADO EM BRANCO		333
306	O que usou ou fez para evitar uma gravidez? **"CORRIJA 302 E 303 (E 301 SE NECESSÁRIO)"**		
307	Quantos filhos vivos tinha quando pela primeira vez você/ a senhora usou um método ou fez algo para evitar ficar grávida?	TOTAL DE FILHOS . . . . ☐☐	
307A	Entre estes, quantos rapazes?	NÚMERO DE RAPAZES . . . . ☐☐	
307B	Entre estes quantas raparigas? SE NENHUM, ANOTE "00"	NÚMERO DE RAPARIGAS . . . . ☐☐	
307C	Quando fez pela primeira vez o planeamento familiar, você/ a senhora queria ter filhos, mas mais tarde, ou não queria ter mais filhos?	SIM, QUERIA TER FILHOS MAIS TARDE . . . . 1 NÃO QUERIA TER MAIS FILHOS . . . . 2 NÃO SABE 8	
308	**VERIFIQUE 302 (01):** MULHER NÃO ESTERILIZADA ☐ ↓	MULHER ESTERILIZADA ☐	311A
309	**VERIFIQUE 226:** NÃO GRAVIDA OU EM DÚVIDA ☐ ↓	GRAVIDA ☐	322
310	Actualmente, você ou seu marido/parceiro usam algum método para adiar/espaçar ou evitar a gravidez?	SIM . . . . 1 NÃO 2	2 → 322
311	Que método está usando actualmente? **"CIRCULE TODO QUE FOR MENCIONADO. SE FOR MENCIONADO MAIS DE UM MÉTODO, SIGA AS INSTRUÇÕES DE SALTO CORRESPONDENTES AO PRIMEIRO MÉTODO CIRCULADO DA LISTA."**	ESTERILIZAÇÃO FEMININA . . . . A ESTERILIZAÇÃO MASCULINA . . . . B	A, B → 316
		PÍLULA C	
		DIU . . . . D INJECÇÕES . . . . E IMPLANTES . . . . F	D, E, F → 315
		PRESERVATIVO MASCULINO . . . . G	
311A	**CIRCULE "A" PARA A ESTERILIZAÇÃO FEMININA**	PRESERVATIVO FEMININO H DIAFRAGMA . . . . I ESPERMICIDAS . . . . J	H, I, J → 315
		MAMA . . . . K TABELA/ABSTINÊNCIA L COITO INTERROMPIDO M OUTRO ____________ X (ESPECIFIQUE)	K–X → 319A
314	Quantas (carteiras de pilulas/preservativos) obteve da última vez?	NÚMERO DE CARTEIRAS PÍLULAS/PRESERVATIVOS ☐☐☐ NÃO SABE 998	

Nº	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS E CÓDIGOS	PASSE A
315	A última vez que obteve (**PRIMEIRO MÉTODO LISTADO EM 311**), quanto você pagou, na totalidade, incluindo os custos do método e das consultas, se fez consultas?	CUSTOS (EM MIL DOBRAS) . . . [ ][ ][ ] GRATUITO . . . . 995 NÃO SABE 998	→ 319A
316	Onde você ou seu marido/parceiro fez a laqueação/esterilização? **INSISTA PARA DETERMINAR O TIPO DE FONTE E CIRCULE O CÓDIGO APROPRIADO.** **SE NÃO PODE DETERMINAR SE O HOSPITAL, O CENTRO DE SAÚDE OU A CLÍNICA É UM ESTABELECIMENTO PRIVADO OU PÚBLICO, INSCREVA O NOME DO LUGAR.** ____________________ **(NOME DO ESTABELECIMENTO)**	**SECTOR PÚBLICO** HOSPITAL DO GOVERNO . . 11 CENTRO DE SAÚDE DO GOV. . . 12 CLÍNICA DE PF . . . . 13 CLÍNICA MÓVEL . . . . 14 OUTRO PÚBLICO ________ 16 (ESPECIFIQUE) **SECTOR PRIVADO** HOSPITAL/CLÍNICA PRIVADA . . . . 21 MÉDICO PRIVADO . . . . 23 CLÍNICA MÓVEL . . 24 OUTRO PRIVADO ________ 26 (ESPECIFIQUE) **OUTRO** ________ 96 (ESPECIFIQUE) **NÃO SABE** 98	
316A	Antes de utilizar este método contraceptivo laqueação/esterilização? consultou um médico/enfermeiro?	SIM . . . . 1 NÃO . . . . 2 NÃO SE LEMBRA 8	
316B	Quem foi que decidiu para fazer a laqueação/esterilização? **ANOTE SOMENTE O PRINCIPAL**	NINGUÉM, INICIATIVA PRÓPRIA .... 01 MARIDO/COMPANHEIRO .... 02 MÃE E/OU PAI .... 03 IRMÃO E/OU IRMÃ .... 04 PARENTES .... 05 AMIGA .... 06 MÉDICO .... 07 ORIENTADOR RELIGIOSO .... 08 OUTRO ________ .... 96 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE 98	
316C	Qual foi a principal razão que levou você/ a senhora ou seu marido ou companheiro/outras pessoas a decidir pela laqueação esterilização, em vez de utilizar outro método?	RECOMENDAÇÃO MÉDICA .... 01 MENOS EFEITOS COLATERAIS .... 02 MAIS FÁCIL DE USAR .... 03 MÉTODO DEFINITIVO .... 04 NÃO QUER MAIS FILHOS .... 05 RECOMENDAÇÃO DE PESSOA QUE JÁ FE .... 06 MENOS CUSTO .... 07 NÃO TEVE ACESSO À OUTROS .... 08 CONDIÇÕES FINANCEIRAS .... 09 OUTRO ________ .... 96 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE 98	
316D	Qual o principal motivo que levou o médico a lhe recomenda à operação?	IDADE AVANÇADA .... 1 JÁ TEM MUITOS FILHOS .... 2 PROBLEMAS COM ÚLTIMA GRAVIDEZ .... 3 MUITAS CESARIANAS .... 4 PROBLEMAS DE SAÚDE .... 5 OUTRO ________ .... 6 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE 8	
316E	Você ou seu marido/companheiro arrependeu-se por ter feito esta operação laqueação/esterilização?	SIM . . . . 1 NÃO . . . . 2 NÃO SABE 8	

Nº	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS E CÓDIGOS	PASSE A
317	**VERIFIQUE 311/311A:** CÓDIGO 'A' CIRCULADO ☐ → Antes de se submeter à esterilização,alguém lhe informou que esta operação não lhe permitiria ter (mais) filhos? CÓDIGO 'A' NÃO CIRCULADO ☐ → Antes da esterilização, alguém informou o seu marido/parceiro, que esta operação não lhe permitiria ter (mais) filhos?	SIM . . . . . 1 NÃO . . . . . 2 NÃO SABE 8	
318	Quanto custou ou pagou pela laqueação/esterilização feita, incluindo consultas?	CUSTO (EM MIL DOBRAS) .. ☐☐☐ GRATUITO . . . . . 9 9 6 NÃO SABE 9 9 8	
319 319A	Em que mês e ano fez a esterilização? Desde que mês e ano, utiliza este (MÉTODO ACTUAL) sem interrupção? INSISTA: Desde quando utiliza este (MÉTODO ACTUAL) de modo contínuo?	MÊS . . . . . ☐☐ ANO . . . . . ☐☐☐☐	
320	**VERIFIQUE 319/319A, 215 E 230:** NASCIMENTO OU GRAVIDEZ QUE TERMINOU APÓS O MÊS E O ANO DE INÍCIO DA UTILIZAÇÃO DA CONTRACEPÇÃO EM 319/319A — SIM ☐ NÃO ☐ SIM → **VOLTE A 319/319A, INSISTA E REGISTE O MÊS E O ANO DE INÍCIO DA UTILIZAÇÃO CONTÍNUA DO MÉTODO ACTUAL (QUE DEVE SER APÓS O ÚLTIMO NASCIMENTO, OU O FIM DA ÚLTIMA GRAVIDEZ).**		
321	**VERIFIQUE 319/319A:** O ANO É 2003 OU MAIS TARDE ☐ → **INSCREVA NO CALENDARIO, O CODIGO DO MÉTODO UTILIZADO, O MÊS DA ENTREVISTA E PARA CADA MÊS ATÉ À DATA DE INICIO DA UTILIZAÇAO.** O ANO É 2002 OU ANTES ☐		331
322	Gostaria de lhe colocar perguntas sobre os momentos em que você ou o seu marido/parceiro utilizou um método contraceptivo para evitar uma gravidez, nos últimos anos. **UTILIZE O CALENDÁRIO PARA SE ASSEGURAR DOS PERIODOS DE UTILIZAÇÃO E NÃO UTILIZAÇÃO, COMEÇANDO PARA A UTILIZAÇÃO MAIS RECENTE, RETROCEDENDO ATÉ JANEIRO DE 2003. UTILIZE O NOME DAS CRIANÇAS, AS DATAS DE NASCIMENTO E OS PERIODOS DE GRAVIDEZ COMO PONTOS DE REFERÊNCIA. INSCREVA O CÓDIGO DA UTILIZAÇÃO DO MÉTODO OU '0' PARA A NÃO UTILIZAÇÃO A CADA MÊS EM BRANCO.** **QUESTÕES ILUSTRATIVAS:** * Quando utilizou um método contraceptivo pela última vez? Qual foi o método? * Quando começou a utilizar este método? Durante quanto tempo utilizou após o nascimento de (NOME) * Durante quanto tempo depois utilizou este método?		
323	**VERIFIQUE 311/311A :** CIRCULE O CÓDIGO DO MÉTODO: **SE MAIS DE UM CÓDIGO CIRCULADO EM 311/311A, CIRCULE O CÓDIGO DO PRIMEIRO DOS MÉTODOS DA LISTA.**	NENHUM CÓDIGO CIRCULADO . . . . . 00 ESTERILIZAÇÃO FEMININA . . . . . 01 ESTERILIZAÇÃO MASCULINA . . . . . 02 PÍLULA . . . . . 03 DIU . . . . . 04 INJECÇÕES . . . . . 05 IMPLANTES . . . . . 06 PRESERVATIVO MASCULINO . . . . . 07 PRESERVATIVO. FEMININO . . . . . 08 DIAFRAGMA . . . . . 09 ESPERMICIDAS . . . . . 10 MAMA . . . . . 11 TABELA/ABSTINÊNCIA . . . . . 12 COITO INTERROMPIDO . . . . . 13 OUTRO MÉTODO 96	→ 333 → 326 → 335 → 324A → 324A → 335 → 335

Nº	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS E CÓDIGOS	PASSE A
324 324A	Onde conseguiu (**MÉTODO ACTUAL**), quando iniciou a sua utilização? Onde aprendeu a utilizar o método da MAMA/ tabela/abstinência? **SE NÃO PODE DETERMINAR SE O HOSPITAL, O CENTRO DE SAÚDE OU A CLÍNICA É UM ESTABELECIMENTO PRIVADO OU PÚBLICO, INSCREVA O NOME DO LUGAR.** ____________________ **(NOME DO LUGAR)**	**SECTOR PÚBLICO:** HOSPITAL . . . . 11 CENTRO DE SAÚDE . . . . . . 12 POSTO DE SAÚDE . . . . 13 PMI/PSR . . . . 14 EQUIPA MÓVEL . . . . 15 AGENTE SAÚDE COMUNITÁRIO 16 OUTRO PÚBLICO ________ 19 (ESPECIFIQUE) **SECTOR PRIVADO:** FARMÁCIA . . . . 21 CLÍNICA PRIVADA . . . . 22 ONG (ASPF/MÉDICO MUNDO/ETC.) . . . . . . 23 ACTIVISTAS . . . . 24 LOJAS/BARES/DISCOTECA . . . . . 25 OUTRO PRIVADO ________ 26 (ESPECIFIQUE) **OUTRA FONTE** ________ 96 (ESPECIFIQUE)	
325	**VERIFIQUE 311/311A:** CIRCULE O CÓDIGO DO MÉTODO: **SE HOUVER MAIS DE UM CÓDIGO CIRCULADO A 311/311A, CIRCULE O CÓDIGO DO PRIMEIRO DOS MÉTODOS DA LISTA.**	PÍLULA . . . . 03 DIU . . . . 04 INJECÇÕES . . . . 05 IMPLANTES . . . . 06 PRESERVATIVO MASCULINO . . . . . . 07 PRES. FEMININO . . . . 08 DIAFRAGMA . . . . 09 ESPERMICIDAS . . . . 10 MAMA . . . . 11 TABELA/ABSTINÊNCIA 12	 → 332 → 329 → 329 → 329 → 335 → 335
326	Obteve o seu (**MÉTODO ACTUAL DE 323**) em (**FONTE DO MÉTODO DE Q. 316 OU 324**) em (**DATA DE Q.319/319A**). Naquele momento, falaram-lhe dos efeitos secundários ou dos problemas que poderão surgir por causa da utilização do método?	SIM . . . . 1 NÃO 2	→ 328
327	Alguma vez um pessoal de saúde ou um agente de planeamento familiar, falou-lhe dos efeitos secundários que poderão surgir por causa da utilização do método?	SIM . . . . 1 NÃO 2	 → 329
328	Disseram-lhe o que deve fazer se sentir efeitos secundários ou problemas devido à utilização do método?	SIM . . . . 1 NÃO 2	
329	**VERIFIQUE 326:** CÓDIGO '1' CIRCULADO ↓ — CÓDIGO '1' NÃO CIRCULADO ↓ Naquele momento, falaram-lhe de outros métodos de planeamento familiar que podia utilizar? Quando obteve (**MÉTODO ACTUAL DE 323**) em (**FONTE DO MÉTODO DE Q. 316 OU 324**), falaram-lhe de outros métodos de planeamento familiar que podia utilizar?	SIM . . . . 1 NÃO 2	→ 331
330	Um pessoal de saúde ou um agente de planeamento familiar falou-lhe de outros métodos de planeamento familiar que podia utilizar?	SIM . . . . 1 NÃO 2	
331	**VERIFIQUE 311/311A:** CIRCULE O CÓDIGO DO MÉTODO: **SE HOUVER MAIS DE UM CÓDIGO CIRCULADO EM 311/311A, CIRCULE O CÓDIGO DO PRIMEIRO DOS MÉTODOS DA LISTA.**	ESTERILIZAÇÃO FEMININA . . . . 01 ESTERILIZAÇÃO MASCULINA . . . . . . 02 PÍLULA . . . . 03 DIU . . . . 04 INJECÇÕES . . . . 05 IMPLANTES . . . . 06 PRESERVATIVO MASCULINO . . . . . . 07 PRESERVATIVO FEMININO . . . . 08 DIAFRAGMA . . . . 09 ESPERMICIDAS . . . . 10 MAMA . . . . 11 TABELA/ABSTINÊNCIA . . . . 12 COITO INTERROMPIDO .... 13 OUTRO MÉTODO 96	01–02 → 335 11–96 → 335

Nº	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS E CÓDIGOS	PASSE A
332	Onde obteve (MÉTODO ACTUAL) pela última vez? **INSISTA PARA DETERMINAR O TIPO DE FONTE E CIRCULA O CÓDIGO APROPRIADO.** **SE NÃO PODE DETERMINAR SE O HOSPITAL, O CENTRO DE SAÚDE OU A CLÍNICA É UM ESTABELECIMENTO PRIVADO OU PÚBLICO, INSCREVA O NOME DO LUGAR.** ____________________ **(NOME DO LUGAR)**	**SECTOR PÚBLICO:** HOSPITAL . . . . 11 CENTRO DE SAÚDE . . . . . . 12 POSTO DE SAÚDE . . . . 13 PMI/PSR . .. . 14 EQUIPA MÓVEL . . . . 15 AGENTE SAUDE COMUNITARIO 16 OUTRO PÚBLICO __________ 19 (ESPECIFIQUE) **SECTOR PRIVADO:** FARMÁCIA . . . . 21 CLÍNICA PRIVADA . . . . 22 ONG (ASPF/MÉDICO MUNDO/ETC.) . . . . . . 23 ACTIVISTAS . . . . 24 LOJAS/BARES/DISCOTECA . . . . . 25 OUTRO PRIVADO __________ 26 (ESPECIFIQUE) **OUTRA FONTE** __________ 96 (ESPECIFIQUE)	11–96 → 335
333	Conhece um lugar onde se pode obter um método de planeamento familiar?	SIM . . . . 1 NÃO 2	 2 → 335
334	Qual é este lugar? Algum outro lugar? **INSISTA PARA DETERMINAR O TIPO DE FONTE E CIRCULE O CÓDIGO APROPRIADO.** **SE NÃO PODE DETERMINAR SE O HOSPITAL, O CENTRO DE SAÚDE OU A CLÍNICA É UM ESTABELECIMENTO PRIVADO OU PÚBLICO, INSCREVA O NOME DO LUGAR.** ____________________ **(NOME DO LUGAR)**	**SECTOR PÚBLICO** HOSPITAL DO GOVERNO . . A CENTRO DE SAÚDE DO GOV. . . B CLÍNICA PF . . . . C CLÍNICA MÓVEL . . . . D AGENTE SAUDE COMUNITARIO . . . . E OUTRO PÚBLICO __________ F (ESPECIFIQUE) **SECTOR MÉDICO PRIVADO** HOSPITAL/CLÍNICA PRIVADA . . . . . . G FARMACIA . . . . H MÉDICO PRIVADO . . . . I CLÍNICA MÓVEL . . . . J AGENTE DE SAÚDE PRIVADO . . . . K OUTRO MÉDICO OUTRO PRIVADO __________ L (ESPECIFIQUE) **OUTRA FONTE** LOJA . . . . M INSTITUIÇÃO RELIGIOSA . . . . . . N AMIGOS /PARENTE . . . . O **OUTRO** ________________ X (ESPECIFIQUE)	
335	Nos últimos 12 meses, teve visita de um agente de saúde que lhe falou sobre planeamento familiar?	SIM . . . . 1 NÃO 2	
336	Nos últimos 12 meses, foi a algum centro de saúde para receber cuidados para você (ou para os seus filhos) ?	SIM . . . . 1 NÃO 2	 2 → 337A
337	Um membro do pessoal do centro de saúde, lhe falou sobre os métodos de planeamento familiar?	SIM . . . . 1 NÃO 2	
337A	Acha que os serviços de planeamento familiar estão organizados para servir os homens, mulheres e jovens/adolescentes?	SIM / NÃO / N/S HOMENS . . . . 1 2 8 MULHERES . . . . 1 2 8 JOVENS/ADOLESCENTES . . . 1 2 8	
337B	A senhora pensa que é mais fácil ou mais difícil ficar grávida, quando uma mulher esta a fazer aleitamento exclusivo ou a dar de mamar exclusivamente?	MAIS FÁCIL . . . . 1 MAIS DIFÍCIL . . . . 2 DEPENDE . . . . 3 NÃO SABE 8	

SECÇÃO 4. GRAVIDEZ, CUIDADOS PÓS-NATAIS E AMAMENTAÇÃO

Nº	PERGUNTA			
401	**CONFIRA 224:** UM OU MAIS NASCIMENTO EM 2003 OU MAIS TARDE ☐ NENHUM NASCIMENTO EM 2003 OU MAIS TARDE ☐ → 576			
402	VERIFIQUE 215: ANOTE O NÚMERO DA LINHA, O NOME E O ESTADO DE SOBREVIVÊNCIA DE CADA NASCIMENTO ACONTECIDO EM 2003 OU MAIS TARDE. COLOQUE AS PERGUNTAS PARA TODOS OS NASCIMENTOS. COMECE PELO ÚLTIMO NASCIMENTO. (SE HOUVER MAIS DE 3, UTILIZE AS DUAS ÚLTIMAS COLUNAS DE QUESTIONÁRIOS ADICIONAIS). **PERGUNTE PARA TODOS OS NASCIMENTOS.** Agora gostaria de lhe fazer algumas perguntas sobre a saúde de todos os seus filhos nascidos vivos nos últimos 5 anos, (**desde Janeiro de 2003)**, começando pelo último filho nascido vivo.			
403	**NÚMERO DE LINHA - SEC.2-212**	ÚLTIMO NASCIDO VIVO NO DE LINHA ☐☐	PENÚLTIMO NASC. VIVO NO DE LINHA ☐☐	ANTE- PENÚL .NASC. VIVO NO DE LINHA ☐☐
404	**CONFIRA SEC.2-212 E 216**	NOME DA CRIANÇA ______ VIVO ☐ MORTO ☐	NOME DA CRIANÇA ______ VIVO ☐ MORTO ☐	NOME DA CRIANÇA ______ VIVO ☐ MORTO ☐
405	Quando ficou grávida de (NOME DA CRIANÇA), queria ter filho naquele momento, queria mais tarde, ou não queria mais filhos? mais filhos?	NAQUELE MOMENTO . . . 1 (PASSE À 407) MAIS TARDE . . . . . 2 NÃO QUERIA MAIS FILHO 3 (PASSE À 407)	NAQUELE MOMENTO . . . 1 (PASSE À 431) MAIS TARDE . . . . . 2 NÃO QUERIA MAIS FILHO 3 (PASSE À 431)	NAQUELE MOMENTO . . . 1 (PASSE À 431) MAIS TARDE . . . . . 2 NÃO QUERIA MAIS FILHO 3 (PASSE À 431)
406	Quanto tempo queria esperar?	MESES . .1 ☐☐ ANOS . .2 ☐☐ NÃO SABE 998	MESES . .1 ☐☐ ANOS . .2 ☐☐ NÃO SABE 998	MESES . .1 ☐☐ ANOS . .2 ☐☐ NÃO SABE 998
407	Quando estava grávida do último filho (NOME), fez alguma consulta pré-natal? **SE SIM:** Quem foi que a examinou? Alguém mais? **INSISTA PARA OBTER O TIPO DE PESSOA E REGISTA TODAS AS PESSOAS QUE CONSULTOU.**	**PESSOAL DE SAÚDE:** MÉDICO . . . . A ENFERMEIRA/PARTEIRA . . . B OUTRO PESSOAL DE SAÚDE C **OUTRO PESSOAL** ______ X (ESPECIFIQUE) **NINGUÉM** Y (PASSE À 414)		
407A	Quem a examinou durante a maioria das consultas? **INSISTA PARA OBTER O TIPO DE PESSOA E REGISTA TODAS AS PESSOAS QUE CONSULTOU.**	**PESSOAL DE SAÚDE:** MÉDICO . . . . 1 ENFERMEIRA/PARTEIRA . . . 2 OUTRO PESSOAL DE SAÚDE 3 **OUTRO PESSOAL** ______ 8 (ESPECIFIQUE)		
408	Em que lugar fez a consulta pré-natal do último filho (NOME)? Um outro lugar? **INSISTA PARA DETERMINAR O(S) TIPO(S) DE LUGAR(ES) E CIRCULE O(S) CÓDIGO(S) APROPRIADO(S).** **SE NÃO PODE DETERMINAR SE O HOSPITAL, O CENTRO DE SAÚDE OU A CLÌNICA E UM ESTABELECIMENTO PÚBLICO OU PRIVADO, INSCREVA O NOME DO LUGAR.** ______ **(NOME DO LUGAR)**	**CASA:** NA CASA PRÓPRIA . . . . . . A OUTRA CASA . . . . B **SECTOR PÚBLICO:** HOSPITAL . . . . C CENTRO DE SAÚDE . . . D POSTO DE SAÚDE . E SAÚDE COMUNITÁRIO F OUTRO PÚBLICO: ______ G (ESPECIFIQUE) **SECTOR PRIVADO:** CLÍNICA PRIVADA . . . H ENFERMEIROS . . . I OUTRO PRIVADO: ______ J (ESPECIFIQUE) **OUTRO:** ______ X (ESPECIFIQUE)		
409	Quantos meses de gravidez tinha quando fez a primeira consulta pré-natal?	MESES . . . . ☐☐ NÃO SABE 98		
410	Quantas consultas de pré-natal fez durante esta gravidez?	Nº DE CONSULTAS . . ☐☐ NÃO SABE 98		

Nº	Pergunta	Codificação		
410A	Quantos meses de gravidez tinha quando fez a última consulta pré-natal?	MESES .... [ ][ ] NÃO SABE 98		
410B	Durante esta gravidez fez algum exame de sangue?	SIM .... 1 NÃO .... 2 (PASSE À 411) NÃO SABE 8		
410C	Que tipo de análise de sangue fez?	HEMOGLOBINA (ANEMIA .... 1 SÍFILIS (VDRL) .... 2 HIV-SIDA .... 3 OUTRO ______ 6 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE 8		
411	Durante as visitas pré-natais desta gravidez, efectuaram, pelo menos uma vez, os seguintes exames? Medição do seu peso? Medição da sua altura? Medição da sua tensão arterial? Medição da sua altura uterina? Verificou-se o foco do bébé? Fez-se um exame de urina?	SIM NÃO PESO .... 1 2 ALTURA .... 1 2 TENSÃO .... 1 2 ALTURA UTERINA 1 2 FOCO DO BÉBÉ .... 1 2 URINA 1 2		
412	Durante estas consultas pré-natais, informaram-lhe sobre os sinais ou sintomas de complicação na gravidez?	SIM .... 1 NÃO .... 2 (PASSE À 414) NÃO SABE 8		
413	Caso haja algum desses sinais de complicação, lhe informaram onde se dirigir para tratamento?	SIM .... 1 NÃO .... 2 NÃO SABE 8		
414	Durante esta gravidez, tomou alguma vacina no braço para prevenir o bébé contra o tétano, ou seja, convulsões após o nascimento?	SIM .... 1 NÃO .... 2 (PASSE À 417) NÃO SABE 8		
415	Durante esta gravidez, quantas doses dessa vacina tomou?	Nº DE DOSES .... [ ] NÃO SABE 8		
416	**VERIFIQUE 415:**	2 VEZES OU MAIS [ ] (IR A 421) OUTRO [ ]		
417	Tomou alguma vez, antes desta gravidez, vacinas contra o tétano, quer para se proteger a Si mesma, quer para proteger um outro bébé?	SIM .... 1 NÃO .... 2 (PASSE À 421) NÃO SABE 8		
418	Antes desta gravidez, quantas vezes recebeu outras vacinas antitetânicas? **(SE 7 OU MAIS, ANOTE "7")**	Nº DE INJECÇÃO ..... [ ] NÃO SABE 8		
419	Antes desta gravidez, em que mês e em que ano, tomou a última injecção contra o tétano?	MÊS .... [ ][ ] NÃO SABE MÊS .... 98 ANO [ ][ ][ ][ ] (PASSE À 421) NÃO SABE ANO 9998		
420	Há quantos anos que recebeu esta injecção contra o tétano?	ANOS .... [ ][ ]		
421	Durante esta gravidez de (NOME) você tomou complementos de ferro/sal ferroso (em comprimido ou xarope)?	SIM .... 1 NÃO .... 2 (PASSE À 423) NÃO SABE 8		
422	No decurso desta gravidez, durante quantos dias tomou estes comprimidos ou xarope? **(INSISTA PARA OBTER NÚMERO APROXIMADO DE DIAS)**	Nº DE DIAS [ ][ ][ ] NÃO SABE 998		
423	Durante esta gravidez, tomou medicamentos contra lombrigas intestinais?	SIM .... 1 NÃO .... 2 NÃO SABE 8		
424	Durante esta gravidez, teve dificuldades para ver à luz do dia?	SIM .... 1 NÃO .... 2 NÃO SABE 8		
425	Durante esta gravidez, sofreu de cegueira crepuscular?	SIM .... 1 NÃO .... 2 NÃO SABE 8		

Nº	Pergunta			
426	Durante esta gravidez, você tomou algum medicamento para evitar o paludismo?	SIM ... 1 NÃO ... 2 (PASSE À 432) NÃO SABE ... 8		
427	Qual foi o medicamento que tomou para evitar o paludismo? **REGISTE TODO QUE FOR MENCIONADO. SE O TIPO DE MEDICAMENTO NÃO É DETERMINADO, MOSTRE ANTIPALÚDICOS HABITUAIS A INQUIRIDA**	SP/FANSIDAR ... A CLOROQUINA ... B ARTESUNATO+AMODIAQUINA ... C OUTRO ___ X (ESPECIFIQUE) NÃO SABE ... Z		
428	**VERIFIQUE 427:** **TIPO DE ANTIPALÚDICO QUE TOMOU A TÍTULO PREVENTIVO DURANTE A GRAVIDEZ.**	CÓDIGO 'A' CIRCULADO [ ] CÓDIGO 'A' NÃO CIRCULADO [ ] (IR A 432)		
429	Quantas vezes você tomou SP/Fansidar, durante esta gravidez?	Nº DE VEZES ... [ ][ ] NÃO SABE/LEMBRA 98		
430	**VERIFIQUE 407:** **CUIDADOS PRÉ-NATAIS PELO PESSOAL DE SAÚDE DURANTE ESTA GRAVIDEZ**	CÓDIGO 'A', B' OU 'C' CIRCULADO [ ] OUTRO [ ] (IR A 432)		
431	Foi lhe dado o SP/Fansidar durante uma visita pré-natal, uma outra visita de formação sanitária ou noutro local?	VISITA PRÉ-NATAL ... 1 OUTRA VISITA MÉDICA ... 2 OUTRO LUGAR ... 3 NÃO LEMBRA ... 8		
432	Quando (NOME) nasceu, era muito gordo(a), mais gordo(a) que a média, médio(a), mais pequeno(a) que a média ou muito pequeno(a)?	MUITO GORDO ... 1 MAIS GORDO Q/ A MÉDIA 2 MÉDIO ... 3 MAIS PEQUENO Q/ A MÉDIA 4 MUITO PEQUENO ... 5 NÃO SABE/NÃO RECORDA 8	MUITO GORDO ... 1 MAIS GORDO Q/ A MÉDIA 2 MÉDIO ... 3 MAIS PEQUENO Q/ A MÉDIA 4 MUITO PEQUENO ... 5 NÃO SABE/NÃO RECORDA 8	MUITO GORDO ... 1 MAIS GORDO Q/ A MÉDIA 2 MÉDIO ... 3 MAIS PEQUENO Q/ A MÉDIA 4 MUITO PEQUENO ... 5 NÃO SABE/NÃO RECORDA 8
433	(NOME) foi pesado na balança ao nascer?	SIM ... 1 NÃO ... 2 (PASSAR À 435) NÃO SABE ... 8	SIM ... 1 NÃO ... 2 (PASSAR À 435) NÃO SABE ... 8	SIM ... 1 NÃO ... 2 (PASSAR À 435) NÃO SABE ... 8
434	Quanto pesou (NOME) ao nascer? **(ANOTE O PESO DA FICHA DE CRESCIMENTO, SE ESTIVER DISPONÍVEL)**	GRAMAS DA FICHA 1 [ ][ ][ ][ ] GRAMAS DECLARADAS 2 [ ][ ][ ][ ] NÃO SABE ... 9998	GRAMAS DA FICHA 1 [ ][ ][ ][ ] GRAMAS DECLARADAS 2 [ ][ ][ ][ ] NÃO SABE ... 9998	GRAMAS DA FICHA 1 [ ][ ][ ][ ] GRAMAS DECLARADAS 2 [ ][ ][ ][ ] NÃO SABE ... 9998
435	Quem fez ou assistiu o parto de (NOME DA CRIANÇA)? Alguém mais ajudou? **INSISTA PAR OBTER O TIPO DO PESSOAL. REGISTE TODAS AS PESSOAS MENCIONADAS** **SE A INQUIRIDA DIZER QUE NINGUÉM LHE ASSISTIU, INSISTA PARA DETERMINAR SE NINGUÉM FOF PRESENTE NO PARTO.**	**PESSOAL DE SAÚDE:** MÉDICO ... A ENFERM./PARTEIRA ... B PARTEIRA AUXILIAR ... C **OUTRAS PESSOAS:** PARTEIRA TRADICIONAL D AMIGAS/FAMILIARES ... E OUTRA ___ X (ESPECIFIQUE) **NINGUÉM** ... Y	**PESSOAL DE SAÚDE:** MÉDICO ... A ENFERM./PARTEIRA ... B PARTEIRA AUXILIAR ... C **OUTRAS PESSOAS:** PARTEIRA TRADICIONAL D AMIGAS/FAMILIARES ... E OUTRA ___ X (ESPECIFIQUE) **NINGUÉM** ... Y	**PESSOAL DE SAÚDE:** MÉDICO ... A ENFERM./PARTEIRA ... B PARTEIRA AUXILIAR ... C **OUTRAS PESSOAS:** PARTEIRA TRADICIONAL D AMIGAS/FAMILIARES ... E OUTRA ___ X (ESPECIFIQUE) **NINGUÉM** ... Y
435A	Durante o parto de (NOME), teve alguns dos seguintes problemas? Contracções do parto demoraram mais de 12 horas? Hemorragias abundantes que lhe causaram o perigo de perder a vida? Febres altas com corrimento vaginal anormal? Convulsões sem ter febre?	SIM NÃO CONTRACÇÕES ... 1 2 HEMORRAGIAS ... 1 2 FEBRES ALTAS 1 2 CONVULSÕES ... 1 2		
436	Onde teve o parto de (NOME DA CRIANÇA)? **INSISTA PARA DETERMINAR O(S) TIPO(S) DE LUGAR(ES) E CIRCULE O(S) CODIGO(S) APROPRIADO(S).** **SE NÃO PODE DETERMINAR SE O HOSPITAL, O CENTRO DE SAÚDE OU A CLÍNICA E UM ESTABELECIMENTO PÚBLICO OU PRIVADO, INSCREVA O NOME DO LUGAR.** ___ **(NOME DO LUGAR)**	**CASA:** NA CASA PRÓPRIA ... 11 (PASSAR À 443) OUTRA CASA ... 12 **SECTOR PÚBLICO:** HOSPITAL ... 21 CENTRO DE SAÚDE ... 22 POSTO DE SAÚDE . 23 SAÚDE COMUNITÁRIO 24 OUTRO PÚBLICO: ___ 26 (ESPECIFIQUE) **SECTOR PRIVADO:** CLÍNICA PRIVADA ... 31 ENFERMEIROS ... 32 OUTRO PRIVADO: ___ 36 (ESPECIFIQUE) **OUTRO:** ___ 96 (ESPECIFIQUE) (PASSAR À 443)	**CASA:** NA CASA PRÓPRIA ... 11 (PASSAR À 444) OUTRA CASA ... 12 **SECTOR PÚBLICO:** HOSPITAL ... 21 CENTRO DE SAÚDE ... 22 POSTO DE SAÚDE . 23 SAÚDE COMUNITÁRIO 24 OUTRO PÚBLICO: ___ 26 (ESPECIFIQUE) **SECTOR PRIVADO:** CLÍNICA PRIVADA ... 31 ENFERMEIROS ... 32 OUTRO PRIVADO: ___ 36 (ESPECIFIQUE) **OUTRO:** ___ 96 (ESPECIFIQUE) (PASSAR À 444)	**CASA:** NA CASA PRÓPRIA ... 11 (PASSAR À 444) OUTRA CASA ... 12 **SECTOR PÚBLICO:** HOSPITAL ... 21 CENTRO DE SAÚDE ... 22 POSTO DE SAÚDE . 23 SAÚDE COMUNITÁRIO 24 OUTRO PÚBLICO: ___ 26 (ESPECIFIQUE) **SECTOR PRIVADO:** CLÍNICA PRIVADA ... 31 ENFERMEIROS ... 32 OUTRO PRIVADO: ___ 36 (ESPECIFIQUE) **OUTRO:** ___ 96 (ESPECIFIQUE) (PASSAR À 444)
437	Quanto tempo após o parto de (NOME) ficou ai? **SE MENOS DE UM DIA, REGISTE EM HORAS; SE MENOS DE UMA SEMANA, REGISTE EM DIAS**	HORAS 1 [ ][ ] DIAS 2 [ ][ ] SEMANAS 3 [ ][ ] NÃO SABE . 998	HORAS 1 [ ][ ] DIAS 2 [ ][ ] SEMANAS 3 [ ][ ] NÃO SABE . 998	HORAS 1 [ ][ ] DIAS 2 [ ][ ] SEMANAS 3 [ ][ ] NÃO SABE . 998

438	O parto de (NOME) foi através da operação no ventre (cesariana)?	SIM . . . 1 NÃO . . . 2	SIM . . . 1 NÃO . . . 2	SIM . . . 1 NÃO . . . 2
439	Antes de sair de estabelecimento, após o nascimento de (NOME), a senhora foi examinada por um profissional de de saúde?	SIM . . . 1 NÃO . . . 2 (PASSAR À 442)	SIM . . . 1 (PASSAR À 455) NÃO . . . 2 (PASSAR À 442)	SIM . . . 1 (PASSAR À 455) NÃO . . . 2 (PASSAR À 442)
440	Quanto tempo depois de nascimento de (NOME), dias/semanas, a senhora fez a sua primeira consulta (primeiro exame de saúde)? **SE MENOS DE UM DIA, REGISTE EM HORAS;** **SE MENOS DE UMA SEMANA, REGISTE EM DIAS**	HORAS 1 DIAS 2 SEMANAS 3 NÃO SABE 998		
441	Quem lhe fez esse primeiro exame de saúde depois do parto? **(INSISTA PARA OBTER A PESSOA MAIS QUALIFICADA**	**PESSOAL DE SAÚDE:** MÉDICO . . . 11 ENFERM./PARTEIRA 12 **OUTRAS PESSOAS:** ____ 26 (ESPECIFIQUE) (PASSAR À 453)		
442	Após a saída do estabelecimento, foi examinada por um profissional de saúde ou uma parteira tradicional?	SIM . . . 1 (PASSAR À 445) NÃO . . . 2 (PASSAR À 453)	SIM . . . 1 (PASSAR À 455) NÃO . . . 2	SIM . . . 1 (PASSAR À 455) NÃO . . . 2
443	Por que razão, não teve o parto num estabelecimento de saúde? **INSISTA:** alguma outra razão? **REGISTE TODO QUE FOR MENCIONADO.**	MUITO CAR(. . . A ESTABELEC. FECHADO B FALTA TRANSPORTE . . . . C FALTA DE CONFIANÇA . . . . D MÁ QUALIDADE SERVIÇO E FALTA AGENTE-MULHER F FAMÍLIA NÃO PERMITIU G NÃO FOI NECESSÁRIO . . . . H FALTA DE HÁBITO . . . . I OUTRO ____ . . . . X (ESPECIFIQUE)		
444	Após o nascimento de (NOME), um pessoal de saúde ou uma parteira tradicional, examinou-lhe?	SIM . . . 1 NÃO . . . 2 (PASSAR À 449)	SIM . . . 1 NÃO . . . 2	SIM . . . 1 NÃO . . . 2
445	Quanto tempo depois do parto teve o seu primeiro exame de saúde? **SE MENOS DE UM DIA, REGISTE EM HORAS;** **SE MENOS DE UMA SEMANA, REGISTE EM DIAS**	HORAS 1 DIAS 2 SEMANAS 3 NÃO SABE 998		
446	Quem lhe fez esse primeiro exame de saúde depois do parto? **INSISTA PARA OBTER A PESSOA MAIS QUALIFICAD/**	**PESSOAL DE SAÚDE:** MÉDICO . . . 1 ENFERMEIRA/PARTEIRA 2 **OUTROS** ____ 6 (ESPECIFIQUE)		
447	Em que lugar teve esse primeiro exame de saúde? **INSISTA PARA DETERMINAR O(S) TIPO(S) DE LUGAR(ES) E CIRCULE O(S) CÓDIGO(S) APROPRIADO(S).** **SE NÃO PODE DETERMINAR SE O HOSPITAL, O CENTRO DE SAÚDE OU A CLÍNICA E UM ESTABELECIMENTO PÚBLICO OU PRIVADO, INSCREVA O NOME DO LUGAR.** ____ **(NOME DO LUGAR)**	**CASA:** NA CASA PRÓPRI/ . . . 11 OUTRA CASA . . . 12 **SECTOR PÚBLICO:** HOSPITAL . . . 21 CENTRO DE SAÚD . . . 22 POSTO DE SAÚ . . . 23 SAÚDE COMUNITÁRI(. . . 24 OUTRO PÚBLICO: ____ 26 (ESPECIFIQUE) **SECTOR PRIVADO:** CLÍNICA PRIVADA . . . 31 ENFERMEIR . . . 32 OUTRO PRIVADO: ____ 36 (ESPECIFIQUE) **OUTRO:** ____ 96 (ESPECIFIQUE)		
448	**VERIFIQUE 442:**	SIM NÃO COLOC. (PASSAR À 453)		
449	Durante os dois meses após o nascimento de (NOME), um pessoal de saúde ou uma parteira tradicional examinou (NOME)?	SIM . . . 1 NÃO . . . 2 (PASSAR À 453) NÃO SABE . . . 8		
450	Após quantas horas, dias, semanas após o nascimento de (NOME), o primeiro exame teve lugar? **SE MENOS DE UM DIA, REGISTE EM HORAS;** **SE MENOS DE UMA SEMANA, REGISTE EM DIAS**	HORAS 1 DIAS . . 2 SEMANAS 3 NÃO SABE 998		

No.	Pergunta	Último nascimento	Penúltimo nascimento	Antepenúltimo nascimento
451	Quem examinou (NOME) nesta ocasião? **INSISTA PARA OBTER A PESSOA MAIS QUALIFICADA**	**PESSOAL DE SAÚDE:** MÉDICO .... 11 ENFERM./PARTEIRA ...... 12 PARTEIRA AUXILIAR ... 13 **OUTRAS PESSOAS:** PARTEIRA TRADICIONAL 21 AMIGAS/FAMILIARES 22 OUTRA ______ 96 (ESPECIFIQUE)		
452	Onde teve lugar esse primeiro exame de (NOME)? **INSISTA PARA DETERMINAR O(S) TIPO(S) DE LUGAR(ES) E CIRCULE O(S) CÓDIGO(S) APROPRIADO(S).** **SE NÃO PODE DETERMINAR SE O HOSPITAL, O CENTRO DE SAÚDE OU A CLÍNICA E UM ESTABELECIMENTO PÚBLICO OU PRIVADO, INSCREVA O NOME DO LUGAR.** ______ **(NOME DO LUGAR)**	**CASA:** NA CASA PRÓPRIA ...... 11 OUTRA CASA .... 12 **SECTOR PÚBLICO:** HOSPITAL .... 21 CENTRO DE SAÚDE ...... 22 POSTO DE SAÚDE ..... 23 SAÚDE COMUNITÁRIA ... 24 OUTRO PÚBLICO: ______ 26 (ESPECIFIQUE) **SECTOR PRIVADO:** CLÍNICA PRIVADA ...... 31 ENFERMEIRA .... 32 OUTRO PRIVADO: ______ 36 (ESPECIFIQUE) **OUTRO:** ______ 96 (ESPECIFIQUE)		
453	Durante os dois primeiros meses após o nascimento de (NOME), a senhora tomou Vitamina A? **(MOSTRE A VITAMINA "*A*" A INQUIRIDA)**	SIM .... 1 NÃO .... 2 NÃO SABE 8		
454	Após o parto de (NOME) a sua menstruação já voltou?	SIM .... 1 (PASSE À 456) NÃO .... 2 (PASSE À 457)		
455	Sua menstruação voltou entre o nascimento de (NOME) e a gravidez seguinte?		SIM .... 1 NÃO .... 2 (PASSE À 459)	SIM .... 1 NÃO .... 2 (PASSE À 459)
456	Durante quantos meses, após o nascimento de (NOME), ficou ser ter menstruação?	MESES .... [ ][ ] NÃO SABE 98	MESES .... [ ][ ] NÃO SABE 98	MESES .... [ ][ ] NÃO SABE 98
457	**VERIFIQUE 226:** A INQUIRIDA ESTÁ GRAVIDA?	NÃO GRÁVIDA [ ] GRÁVIDA OU EM DÚVIDA [ ] (PASSAR À 459)		
458	Recomeçou a ter relações sexuais após o parto de (NOME)?	SIM .... 1 NÃO .... 2 (PASSE À 460)		
459	Durante quanto tempo ficou sem ter relações sexuais, após o nascimento de (NOME)?	MESES .... [ ][ ] NÃO SABE 98	MESES .... [ ][ ] NÃO SABE 98	MESES .... [ ][ ] NÃO SABE 98
460	Alguma vez (NOME) amamentou?	SIM .... 1 NÃO .... 2 (PASSE À 467)	SIM .... 1 NÃO .... 2 (PASSE À 467)	SIM .... 1 NÃO .... 2 (PASSE À 467)
461	Quanto tempo depois de nascer, (NOME) mamou pela 1ª vez? **SE MENOS DE 1 HORA, ANOTE IMEDIATAMENTE. SE MENOS DE 24 HORAS, ANOTE EM HORAS; DE OUTRA MANEIRA, ANOTE NÚMERO DE DIAS**	IMEDIATAMENTE (< 1 H) 000 HORAS 1 [ ][ ] DIAS 2 [ ][ ]		
462	Durante os três primeiros dias, e antes de começar a produzir leite regularmente, (NOME) bebeu algum líquido para além do leite materno?	SIM .... 1 NÃO .... 2 (PASSE À 464)		
463	O que foi dado de beber a (NOME) antes da senhora começar a produzir leite no peito regularmente? Deu-lhe mais alguma coisa? **(ANOTE TODOS OS LÍQUIDOS)**	LEITE NÃO MATERNO .... A ÁGUA .... B ÁGUA AÇUCARADA .... C CHÁ PARA CÓLICAS .... D SOLUÇÃO (Salgada/Açucarada) E SUCO DE FRUTA .... F PREPARAÇÃO ARTIFICIAL G CHÁ/INFUSÃO .... H MEL .... I OUTRO ______ .... X (ESPECIFIQUE)		

464	**CONFIRA 404:** FILHO ESTÁ VIVO?	VIVO / MORTO (PASSE À 466)		
465	Ainda está a amamentar (NOME)?	SIM .... 1 (PASSE À 468) NÃO 2		
466	Durante quantos meses amamentou (NOME)?	MESES .... NÃO SABE 98	MESES .... NÃO SABE 98	MESES .... NÃO SABE 98
466A	Porque deixou de amamentar / não amamentou (NOME)? **ANOTE TODAS AS RAZÕES MENCIONADAS**	MÃE DOENTE/DEBILITAD .... A FILHO(A) DOENTE/FRACO(A B FILHO(A) MORREU .... C PROBLEMA NOS SEIO .... D LEITE SECOU/INSUFICIE .... E MÃE TRABALHA .... F FILHO(A) RECUSO .... G IDADE DE DESMAM .... H FICOU GRÁVID .... I COMEÇOU USAR CONTRACEPTIVO J POR CONSELH .... K POR ESTÉTICA .... L LEITE SUJO .... M OUTRO ______ .... X (ESPECIFIQUE)	MÃE DOENTE/DEBILITAD .... A FILHO(A) DOENTE/FRACO(A B FILHO(A) MORREU .... C PROBLEMA NOS SEIO .... D LEITE SECOU/INSUFICIEI .... E MÃE TRABALHA .... F FILHO(A) RECUSOI .... G IDADE DE DESMAM .... H FICOU GRÁVIDA .... I COMEÇOU USAR CONTRACEPTIVO J POR CONSELHO .... K POR ESTÉTICA .... L LEITE SUJO .... M OUTRO ______ .... X (ESPECIFIQUE)	MÃE DOENTE/DEBILITAD .... A FILHO(A) DOENTE/FRACO(A B FILHO(A) MORREU .... C PROBLEMA NOS SEIO .... D LEITE SECOU/INSUFICIEI .... E MÃE TRABALHA .... F FILHO(A) RECUSOI .... G IDADE DE DESMAM .... H FICOU GRÁVIDA .... I COMEÇOU USAR CONTRACEPTIVO J POR CONSELHO .... K POR ESTÉTICA .... L LEITE SUJO .... M OUTRO ______ .... X (ESPECIFIQUE)
467	**CONFIRA 404:** A CRIANÇA ESTÁ VIVA?	ESTÁ VIVA (PASSE À 470) ESTÁ MORTA: VOLTE À 405 A COLUNA SEGUINTE, OU, SE MAIS NENHUM NASCIMENTO IR A 501	ESTÁ VIVA (PASSE À 470) ESTÁ MORTA: VOLTE À 405 A COLUNA SEGUINTE, OU, SE MAIS NENHUM NASCIMENTO IR A 501	ESTÁ VIVA (PASSE À 470) ESTÁ MORTA: VOLTE À 405 A ANTEPENÚLTIMA COLUNA DO NOVO QUESTIONÁRIO, OU, SE MAIS NENHUM NASCIMENTO, IR A 501
468	Quantas vezes amamentou entre as 6 horas da tarde de ontem e as 6 horas da manhã de hoje? **(SE RESPOSTA NÃO FOR NUMÉRICA, ANOTE UM NÚMERO APROXIMADO)**	NÚMERO DE VEZES		
469	Quantas vezes amamentou entre as 6 horas da manhã de ontem até às 6 horas da tarde de hoje? **(SE RESPOSTA NÃO FOR NUMÉRICA, ANOTE UM NUMERO APROXIMADO)**	NÚMERO DE VEZES		
470	Ontem ou durante a última noite, (NOME) bebeu ou tomou alguma comida/líquido no biberão?	SIM .... 1 NÃO .... 2 NÃO SABE 8	SIM .... 1 NÃO .... 2 NÃO SABE 8	SIM .... 1 NÃO .... 2 NÃO SABE 8
471		**VOLTE A 405 À** COLUNA SEGUINTE OU, SE MAIS NENHUM NASCI-MENTO, IR A 501.	**VOLTE A 405 À** COLUNA SEGUINTE OU, SE MAIS NENHUM NASCI-MENTO, IR A 501.	**VOLTE A 405 À** ANTEPENULTIMA COLUNA DO NOVO QUESTIONÁRIO OU, SE MAIS NENHUM NASCI-MENTO IR A 501.

SECÇÃO 5. VACINAÇÃO DAS CRIANÇAS, SAÚDE E NUTRIÇÃO DAS MULHERES E DAS CRIANÇAS

501	INSCREVA O NÚMERO DA LINHA, O NOME E O ESTADO DE SOBREVIVÊNCIA DE CADA NASCIMENTO ACONTECIDO EM 2003 OU MAIS TARDE. COLOQUE AS QUESTÕES PARA TODOS OS NASCIMENTOS. COMECE PELO ÚLTIMO NASCIMENTO (SE HOUVER MAIS DE 3 NASCIMENTOS, UTILIZE DUAS ÚLTIMAS COLUNAS DE QUESTIONÁRIOS SUPLEMENTARES).			
502	**N^{O} DE LINHA DE 212**	ÚLTIMO NASCIMENTO N^{O} DE LINHA	PENÚLTIMO NASCIMENTO N^{O} DE LINHA	ANTE-PENÚLTIMO NASCIMENTO N^{O} DE LINHA ....
503	**DE 212 E 216**	NOME ____ VIVO / FALECIDO (IR A 503 COLUNA SEGUINTE OU, MAIS NENHUM NASCIMENTO, IR A 573)	NOME ____ VIVO / FALECIDO (IR A 503 COLUNA SEGUINTE OU, MAIS NENHUM NASCIMENTO, IR A 573)	NOME ____ VIVO / FALECIDO (IR A 503 PENULTIMA COLUNA DO NOVO QUESTIONÁRIO, OU SE MAIS NENHUM NASCIMENTO IR A 573)
504	Possui uma ficha onde as vacinas de (NOME) estão registadas? SE **SIM**: Por favor, posso vê-lo?	SIM, VISTO .... 1 (IR A 506) SIM, NÃO VISTO .... 2 (IR A 508) NÃO TEM FICHA 3	SIM, VISTO .... 1 (IR A 506) SIM, NÃO VISTO .... 2 (IR A 508) NÃO TEM FICHA 3	SIM, VISTO .... 1 (IR A 506) SIM, NÃO VISTO .... 2 (IR A 508) NÃO TEM FICHA ....
505	(NOME) já teve uma ficha de crescimento	SIM .... 1 (IR A 508) NÃO 2	SIM .... 1 (IR A 508) NÃO 2	SIM .... 1 (IR A 508) NÃO 2

506

(1) A PARTIR DA FICHA, COPIE AS DATAS DE VACINAÇÃO PARA CADA VACINA.
(2) ANOTE '**44**' NA COLUNA '**DIA**' SE O CARTÃO INDICAR QUE A DATA NÃO FOI REGISTADA.
(3) SE MAIS DE DUAS DOSES DE VITAMINA '**A**', REGISTE AS DATAS PARA A ÚLTIMA E PENÚLTIMA DOSES.

	ÚLTIMO NASCIMENTO				PENÚLTIMO NASCIMENTO				ANTE-PENÚLTIMO NASCIMENTO		
	DIA	MÊS	ANO		DIA	MÊS	ANO		DIA	MÊS	ANO
BCG				BCG				BCG			
POLIO 0 (À NASCENÇA)				P0				P0			
POLIO 1				P1				P1			
POLIO 2				P2				P2			
POLIO 3				P3				P3			
DTcoq1				D1				D1			
DTcoq 2				D2				D2			
DTcoq 3				D3				D3			
SARAMPO				SAR				SAR			
Hepatite B1				HB1				HB1			
Hepatite B2				HB2				HB2			
Hepatite B3				HB3				HB3			
Febre Amarela				FA				FA			
VITAMINA A (a mais recente)				VIT A				VIT A			
VITAMINA A (antes da mais recente)				VIT A				VIT A			

Nº	PERGUNTAS E FILTROS	ÚLTIMO NASCIMENTO NOME ______	PENÚLTIMO NASC. NOME ______	ANTEPEN- ÚLTIMO NASCIMENTO NOME ______
507	(NOME) recebeu algumas vacinas que não foram registadas nesse cartão, incluindo as vacinas feitas nas campanhas nacionais de vacinação? **ANOTE 'SIM' SOMENTE SE A INQUIRIDA MENCIONAR O BCG, O POLIO 0-3, O DTcoq 1-3 E/OU O SARAMPO.**	SIM . . . . 1 (INSISTA SOBRE AS VACINAS E ANOTE '**66**' NA COLUNA CORRESPONDENTE AO DIA EM 506) (IR A 510) NÃO . . . . 2 (IR A 510) NÃO SABE 8	SIM . . . . 1 (INSISTA SOBRE AS VACINAS E ANOTE '**66**' NA COLUNA CORRESPONDENTE AO DIA EM 506) (IR A 510) NÃO . . . . 2 (IR A 510) NÃO SABE 8	SIM . . . . 1 (INSISTA SOBRE AS VACINAS E ANOTE '**66**' NA COLUNA CORRESPONDENTE AO DIA EM 506) (IR A 510) NÃO . . . . 2 (IR A 510) NÃO SABE 8
508	(NOME) recebeu vacinas para lhe evitar de contrair doenças, incluindo aquelas recebidas num dia de campanha nacional de vacinação?	SIM . . . . 1 NÃO . . . . 2 (IR A 512) NÃO SABE 8	SIM . . . . 1 NÃO . . . . 2 (IR A 512) NÃO SABE 8	SIM . . . . 1 NÃO . . . . 2 (IR A 512) NÃO SABE 8
509	Por favor, queria saber se (NOME) recebeu uma das seguintes vacinas: **(COLOQUE AS QUESTÕES 509A A 509G)**			
509A	A vacina do BCG contra a tuberculose, ou seja uma injecção no braço ou no ombro que deixa geralmenteb uma cicatriz?	SIM . . . . 1 NÃO . . . . 2 NÃO SABE 8	SIM . . . . 1 NÃO . . . . 2 NÃO SABE 8	SIM . . . . 1 NÃO . . . . 2 NÃO SABE 8
509B	A vacina do polio, ou seja gotas na boca?	SIM . . . . 1 NÃO . . . . 2 (IR A 509E) NÃO SABE 8	SIM . . . . 1 NÃO . . . . 2 (IR A 509E) NÃO SABE 8	SIM . . . . 1 NÃO . . . . 2 (IR A 509E) NÃO SABE 8
509C	(NOME) recebeu a primeira vacina contra o polio, nas duas primeiras semanas após o nascimento ou mais tarde?	DUAS 1ª SEMANAS 1 MAIS TARDE 2	DUAS 1ª SEMANAS 1 MAIS TARDE 2	DUAS 1ª SEMANAS 1 MAIS TARDE 2
509D	Quantas vezes (NOME) recebeu a vacina contra o polio?	NÚMERO DE VEZES . . . . . . ☐	NÚMERO DE VEZES . . . . . . ☐	NÚMERO DE VEZES . . . . . . ☐
509E	A vacina de DTcoq, ou seja uma injecção feita na coxa ou nas nádegas as vezes, é feita ao mesmo tempo que as gotas contra o pólio?	SIM . . . . 1 NÃO . . . . 2 (IR A 509G) NÃO SABE 8	SIM . . . . 1 NÃO . . . . 2 (IR A 509G) NÃO SABE 8	SIM . . . . 1 NÃO . . . . 2 (IR A 509G) NÃO SABE 8
509F	Quantas vezes recebeu a vacina do DTcoq?	NÚMERO DE VEZES . . . . ☐	NÚMERO DE VEZES . . . . ☐	NÚMERO DE VEZES . . . . ☐
509G	Uma vacina contra o sarampo ou a SPR, ou seja uma injecção para evitar ter o sarampo e feito no braço, na idade de 9 meses ou mais tarde?	SIM . . . . 1 NÃO . . . . 2 NÃO SABE 8	SIM . . . . 1 NÃO . . . . 2 NÃO SABE 8	SIM . . . . 1 NÃO . . . . 2 NÃO SABE 8
510	(NOME) recebeu algumas destas vacinas nos dois últimos anos, num dia de campanha de vacinação?	SIM . . . . 1 NÃO . . . . 2 NENHUM VACIN. NOS 2 ÚLTIMOS ANOS 3 NÃO SABE . . . . 8 (IR A 512)	SIM . . . . 1 NÃO . . . . 2 NENHUM VACIN. NOS 2 ÚLTIMOS ANOS 3 NÃO SABE . . . . 8 (IR A 512)	SIM . . . . 1 NÃO . . . . 2 NENHUM VACIN. NOS 2 ÚLTIMOS ANOS 3 NÃO SABE . . . . 8 (IR A 512)
511	Na ocasião de qual dia nacional de vacinação, (NOME) recebeu vacinas? **REGISTE TODO QUE FOR MENCIONADO.**	CAMPANHA 1 NOVEMBRO 2004 . A CAMPANHA 2 DEZEMBRO 2007 . B NÃO SABE . . . . Y	CAMPANHA 1 NOVEMBRO 2004 . A CAMPANHA 2 DEZEMBRO 2007 . B NÃO SABE . . . . Y	CAMPANHA 1 NOVEMBRO 2004 . A CAMPANHA 2 DEZEMBRO 2007 . B NÃO SABE . . . . Y
512	**VERIFIQUE 506:** DATA INSCRITA PARA DOSE DE VITAMINA A	DATA PARA A DOSE A MAIS RECENTE DE VIT. A ☐ OUTRO ☐ (IR A 514)	DATA PARA A DOSE A MAIS RECENTE DE VIT. A ☐ OUTRO ☐ (IR A 514)	DATA PARA A DOSE A MAIS RECENTE DE VIT. A ☐ OUTRO ☐ (IR A 514)

N^O	PERGUNTAS E FILTROS	ÚLTIMO NASCIMENTO NOME ______	PENÚLTIMO NASC. NOME ______	ANTEPEN- ÚLTIMO NASCIMENTO NOME ______
513	Segundo o seu cartão de saúde, (NOME) recebeu uma dose de Vitamina A (como esta/s) em (**MÊS E ANO DA DOSE A MAIS RECENTE S/ O CARTÃO**). (NOME) recebeu uma outra dose de Vitamina A depois? **MOSTRE MODELOS COMUNS: AMPOLAS/COMPRIMIDOS/XAROPE**	SIM . . . . 1 (IR A 515) NÃO . . . . 2 (IR A 516) NÃO SABE 8	SIM . . . . 1 (IR A 515) NÃO . . . . 2 (IR A 516) NÃO SABE 8	SIM . . . . 1 (IR A 515) NÃO . . . . 2 (IR A 516) NÃO SABE 8
514	Alguma vez, (NOME) recebeu uma dose de Vitamina A (como esta/s)? **MOSTRE MODELOS COMUNS: AMPOLAS/COMPRIMIDOS/XAROPE**	SIM . . . . 1 NÃO . . . . 2 (IR A 516) NÃO SABE 8	SIM . . . . 1 NÃO . . . . 2 (IR A 516) NÃO SABE 8	SIM . . . . 1 NÃO . . . . 2 (IR A 516) NÃO SABE 8
515	(NOME) recebeu uma dose de Vitamina A, durante os últimos seis meses?	SIM . . . . 1 NÃO . . . . 2 NÃO SABE 8	SIM . . . . 1 NÃO . . . . 2 NÃO SABE 8	SIM . . . . 1 NÃO . . . . 2 NÃO SABE 8
516	Durante os últimos sete dias, (NOME) tomou comprimidos de ferro, grânulos, xarope contendo ferro como este(s)? **MOSTRE TIPOS HABITUAIS DE COMPRIMIDO, GRÂNULO E XAROPE.**	SIM . . . . 1 NÃO . . . . 2 NÃO SABE 8	SIM . . . . 1 NÃO . . . . 2 NÃO SABE 8	SIM . . . . 1 NÃO . . . . 2 NÃO SABE 8
517	Durante os últimos seis meses, (NOME) tomou medicamentos contra as lombrigas intestinais?	SIM . . . . 1 NÃO . . . . 2 NÃO SABE 8	SIM . . . . 1 NÃO . . . . 2 NÃO SABE 8	SIM . . . . 1 NÃO . . . . 2 NÃO SABE 8
518	(NOME) teve diarréia nas duas últimas semanas?	SIM . . . . 1 NÃO . . . . 2 (IR A 533) NÃO SABE 8	SIM . . . . 1 NÃO . . . . 2 (IR A 533) NÃO SABE 8	SIM . . . . 1 NÃO . . . . 2 (IR A 533) NÃO SABE 8
519	Teve sangue nas fezes?	SIM . . . . 1 NÃO . . . . 2 NÃO SABE 8	SIM . . . . 1 NÃO . . . . 2 NÃO SABE 8	SIM . . . . 1 NÃO . . . . 2 NÃO SABE 8
520	Agora, gostaria de saber que quantidade de líquido foi dado a (NOME), enquanto estava com diarréia, incluindo o leite materno. Deu-lhe de beber menos do que de costumo, cerca da mesma quantidade ou mais do que costume? **SE MENOS, INSISTA: Lhe foi dado beber muito menos do que de costume ou pouco menos?**	MUITO MENOS . . 1 UM POUCO MENOS . 2 QUASE A MESMA QUANTIDADE . . . . 3 MAIS . . . . 4 NADA PARA BEBER 5 NÃO SABE 8	MUITO MENOS . . 1 UM POUCO MENOS . 2 QUASE A MESMA QUANTIDADE . . . . 3 MAIS . . . . 4 NADA PARA BEBER 5 NÃO SABE 8	MUITO MENOS . . 1 UM POUCO MENOS . 2 QUASE A MESMA QUANTIDADE . . . . 3 MAIS . . . . 4 NADA PARA BEBER 5 NÃO SABE 8
521	Quando (NOME) estava com diarreia, foi-lhe dado de comer menos do que de costume, cerca da mesma quantidade, mais do que de costume, ou nada lhe foi dado de comer? **SE MENOS, INSISTA: Lhe foi dado para comer, muito menos do que de costumo, ou um pouco menos?**	MUITO MENOS . . . . 1 UM POUCO MENOS . . . . 2 CERCA MESMA QUANTIDAD 3 MAIS . . . . 4 PAROU A COMIDA . . . . 5 NUNCA DEU-LHE DE COMER 6 NÃO SABE 8	MUITO MENOS . . . . 1 UM POUCO MENOS . . . . 2 CERCA MESMA QUANTIDAD 3 MAIS . . . . 4 PAROU A COMIDA . . . . 5 NUNCA DEU-LHE DE COMER 6 NÃO SABE 8	MUITO MENOS . . . . 1 UM POUCO MENOS . . . . 2 CERCA MESMA QUANTIDAD 3 MAIS . . . . 4 PAROU A COMIDA . . . . 5 NUNCA DEU-LHE DE COMER 6 NÃO SABE 8
522	Procurou aconselhamentos ou tratamento para a diarreia?	SIM . . . . 1 NÃO . . . . 2 (IR A 527)	SIM . . . . 1 NÃO . . . . 2 (IR A 527)	SIM . . . . 1 NÃO . . . . 2 (IR A 527)

Nº	PERGUNTAS E FILTROS	ÚLTIMO NASCIMENTO NOME ________	PENÚLTIMO NASC. NOME ________	ANTEPEN- ÚLTIMO NASCIMENTO NOME ________
523	Onde procurou aconselhamentos ou tratamento? Em algum outro lugar? **INSISTA PARA IDENTIFICAR OS TIPOS DE LUGARES E CIRCULE O(S) CÓDIGO(S) APROPRIADO(S).** **SE NÃO CONSEGUE DETERMINAR SE O HOSPITAL, O CENTRO DE SAÚDE OU A CLÍNICA É UM ESTABELECIMEN-TO PÚBLICO OU PRIVADO ESCREVA O NOME DO LUGAR.** ________ **(NOME DO LUGAR)**	***SECTOR PÚBLICO:*** HOSPITAL .... A CENTRO DE SAÚD .... B POSTO DE SAÚDE .... C SAÚDE COMUNITÁRIC . . D AGENTE DE SAÚDI .... E OUTRO PÚBLICO: ________ F (ESPECIFIQUE) ***SECTOR PRIVADO:*** CLÍNICA PRIVADA .... G FARMÁCIA .... H MÉDICO PRIVADO .... I ENFERMEIROS .... J AGENTE DE SAÚDI .... K OUTRO PRIVADO: ________ L (ESPECIFIQUE) ***OUTRO LUGAR:*** LOJA .... M CURANDEIRO .... N ***OUTRO:*** ________ X (ESPECIFIQUE)	***SECTOR PÚBLICO:*** HOSPITAL .... A CENTRO DE SAÚD .... B POSTO DE SAÚDE .... C SAÚDE COMUNITÁRIC . . D AGENTE DE SAÚDI .... E OUTRO PÚBLICO: ________ F (ESPECIFIQUE) ***SECTOR PRIVADO:*** CLÍNICA PRIVADA .... G FARMÁCIA .... H MÉDICO PRIVADO .... I ENFERMEIROS .... J AGENTE DE SAÚDI .... K OUTRO PRIVADO: ________ L (ESPECIFIQUE) ***OUTRO LUGAR:*** LOJA .... M CURANDEIRO .... N ***OUTRO:*** ________ X (ESPECIFIQUE)	***SECTOR PÚBLICO:*** HOSPITAL .... A CENTRO DE SAÚD .... B POSTO DE SAÚDE .... C SAÚDE COMUNITÁRIC . . D AGENTE DE SAÚDI .... E OUTRO PÚBLICO: ________ F (ESPECIFIQUE) ***SECTOR PRIVADO:*** CLÍNICA PRIVADA .... G FARMÁCIA .... H MÉDICO PRIVADO .... I ENFERMEIROS .... J AGENTE DE SAÚDI .... K OUTRO PRIVADO: ________ L (ESPECIFIQUE) ***OUTRO LUGAR:*** LOJA .... M CURANDEIRO .... N ***OUTRO:*** ________ X (ESPECIFIQUE)
524	**VERIFIQUE 523:**	2 CÓDIGOS OU MAIS CIRCULADOS UM SÓ CÓDIGO CIRCULADO (IR A 526)	2 CÓDIGOS OU MAIS CIRCULADOS UM SÓ CÓDIGO CIRCULADO (IR A 526)	2 CÓDIGOS OU MAIS CIRCULADOS UM SÓ CÓDIGO CIRCULADO (IR A 526)
525	Primeiramente, onde foi procurar aconselhamentos ou tratamento? **UTILIZE OS CÓDIGOS Q. 523.**	1° LUGAR	1° LUGAR	1° LUGAR ....
526	Após quantos dias, depois do início da diarréia, começou a procurar aconselhamentos ou tratamento para (NOME)? **SE MESMO DIA, INSCREVA '00'.**	DIAS	DIAS	DIAS ......
527	(NOME) ainda tem diarréia, neste momento?	SIM .... 1 NÃO .... 2 NÃO SABE 8	SIM .... 1 NÃO .... 2 NÃO SABE 8	SIM .... 1 NÃO .... 2 NÃO SABE 8
528	Foi-lhe dado de beber, uma das coisas seguintes desde que ele/ela iniciou a diarreia? a) um líquido preparado a partir de um pacote especial (**SORO ORAL)** b) Liquído SRO em pacote précondicionado? c) Um líquido caseiro recomen-dado pelo governo?	SIM NÃO NS LÍQUIDO PACOTE SRO 1 2 8 SRO LÍQUIDO 1 2 8 LÍQUIDO CASEIRO 1 2 8	SIM NÃO NS LÍQUIDO PACOTE SRO 1 2 8 SRO LÍQUIDO 1 2 8 LÍQUIDO CASEIRO 1 2 8	SIM NÃO NS LÍQUIDO PACOTE SRO 1 2 8 SRO LÍQUIDO 1 2 8 LÍQUIDO CASEIRO 1 2 8
529	Foi-lhe dado algo (mais) para tratar a diarreia?	SIM .... 1 NÃO .... 2 (IR A 533) NÃO SABE 8	SIM .... 1 NÃO .... 2 (IR A 533) NÃO SABE 8	SIM .... 1 NÃO .... 2 (IR A 533) NÃO SABE 8

Nº	PERGUNTAS E FILTROS	ÚLTIMO NASCIMENTO NOME ________	PENÚLTIMO NASC. NOME ________	ANTEPEN- ÚLTIMO NASCIMENTO NOME ________
530	O que foi dado (mais) para tratar a diarreia? Algo mais? **REGISTE TODOS OS TRATAMENTOS MENCIONADOS.**	**COMPRIMIDO OU XAROPE:** ANTIBIÓTICO .... A ANTIMOTÍLICO .. B ZINCO .... C OUTRO (NÃO ANTI-BIÓTICO, ANTI-MOTÍLICO, OU ZINCO) .... D COMPRIMIDO/XAROP DESCONHECID .... E **INJECÇÃO:** ANTIBIÓTICO .... F NÃO ANTIBIÓT. .. G INJECÇÃO DESCONHECID .... H **(IV) INTRAVENOSA:** I **REMÉDIO CASEIRO/ERVAS MEDICINAIS:** .... J **OUTRO** ________ X (ESPECIFIQUE)	**COMPRIMIDO OU XAROPE:** ANTIBIÓTICO .... A ANTIMOTÍLICO .. B ZINCO .... C OUTRO (NÃO ANTI-BIÓTICO, ANTI-MOTÍLICO, OU ZINCO) .... D COMPRIMIDO/XAROP DESCONHECID .... E **INJECÇÃO:** ANTIBIÓTICO .... F NÃO ANTIBIÓT. .. G INJECÇÃO DESCONHECID .... H **(IV) INTRAVENOSA:** I **REMÉDIO CASEIRO/ERVAS MEDICINAIS:** .... J **OUTRO** ________ X (ESPECIFIQUE)	**COMPRIMIDO OU XAROPE:** ANTIBIÓTICO .... A ANTIMOTÍLICO .. B ZINCO .... C OUTRO (NÃO ANTI-BIÓTICO, ANTI-MOTÍLICO, OU ZINCO) .... D COMPRIMIDO/XAROP DESCONHECID .... E **INJECÇÃO:** ANTIBIÓTICO .... F NÃO ANTIBIÓT. .. G INJECÇÃO DESCONHECID .... H **(IV) INTRAVENOSA:** I **REMÉDIO CASEIRO/ERVAS MEDICINAIS:** .... J **OUTRO** ________ X (ESPECIFIQUE)
531	**VERIFIQUE 530:** FOI-LHE DADO ZINCO?	CÓDIGO "**C**" CIRCULADO / CÓDIGO "**C**" NÃO CIRCULADO (IR A 533)	CÓDIGO "**C**" CIRCULADO / CÓDIGO "**C**" NÃO CIRCULADO (IR A 533)	CÓDIGO "**C**" CIRCULADO / CÓDIGO "**C**" NÃO CIRCULADO (IR A 533)
532	Quantas vezes foi dado zinco a (NOME)?	VEZES ...... [ ][ ] NÃO SABE 98	VEZES ...... [ ][ ] NÃO SABE 98	VEZES ...... [ ][ ] NÃO SABE 98
533	Nas duas últimas semanas, esteve (NOME) doente com febre?	SIM .... 1 NÃO .... 2 NÃO SABE 8	SIM .... 1 NÃO .... 2 NÃO SABE 8	SIM .... 1 NÃO .... 2 NÃO SABE 8
534	Nas duas últimas semanas, (NOME) esteve doente com tosse?	SIM .... 1 NÃO .... 2 (IR A 537) NÃO SABE 8	SIM .... 1 NÃO .... 2 (IR A 537) NÃO SABE 8	SIM .... 1 NÃO .... 2 (IR A 537) NÃO SABE 8
535	Quando (NOME) estava doente com tosse ele/ela respirava mais rápido do que o costume, e com respiração curta e rápida ou teve dificuldades para respirar?	SIM .... 1 NÃO .... 2 (IR A 538) NÃO SABE 8	SIM .... 1 NÃO .... 2 (IR A 538) NÃO SABE 8	SIM .... 1 NÃO .... 2 (IR A 538) NÃO SABE 8
536	Estas dificuldades para respirar foram devidas a um problema de brônquios, ou a um nariz entupido ou que pingava?	BRÔNQUIOS S(........ 1 NARIZ SÓ .... 2 OS DOIS .... 3 OUTRO ________ 6 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE .... 8 (IR A 538)	BRÔNQUIOS S(........ 1 NARIZ SÓ .... 2 OS DOIS .... 3 OUTRO ________ 6 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE .... 8 (IR A 538)	BRÔNQUIOS SÓ 1 NARIZ SÓ .... 2 OS DOIS .... 3 OUTRO ________ 6 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE .... 8 (IR A 538)
537	**VERIFIQUE 533:** TEVE FEBRE?	**SIM** / **NÃO OU NS** (IR A 503 COLUNA SEGUINTE, SE MAIS NASCIMENTO IR A Q.573)	**SIM** / **NÃO OU NS** (IR A 503 COLUNA SEGUINTE, SE MAIS NASCIMENTO IR A Q.573)	**SIM** / **NÃO OU NS** (IR A 503 NA PENÚLTIMA COLUNA DO NOVO QUESTIONÁRIO OU SE NENHUM NASCIMENTO, IR A Q.573)
538	Agora, gostaria de saber que quantidade de líquido foi dada a (NOME) enquanto que ele/ela estava com tosse/febre, incluindo o leite materno? Foi-lhe dado para beber menos do que de costume, carca da mesma quantidade ou mais do que de costume? **SE MENOS, INSISTA: Lhe foi dado beber muito menos do que de costume ou pouco menos?**	MUITO MENOS .. 1 UM POUCO MENOS . 2 CERCA DA MESMA QUANTIDADE .... 3 MAIS .... 4 NADA PARA BEBER 5 NÃO SABE 8	MUITO MENOS .. 1 UM POUCO MENOS . 2 CERCA DA MESMA QUANTIDADE .... 3 MAIS .... 4 NADA PARA BEBER 5 NÃO SABE 8	MUITO MENOS .. 1 UM POUCO MENOS . 2 CERCA DA MESMA QUANTIDADE .... 3 MAIS .... 4 NADA PARA BEBER 5 NÃO SABE 8

N°	PERGUNTAS E FILTROS	ÚLTIMO NASCIMENTO NOME ______________	PENÚLTIMO NASC. NOME ______________	ANTEPEN- ÚLTIMO NASCIMENTO NOME ______________
539	Quando (NOME) estava com febre /tosse, foi-lhe dado de comer menos do que de costume, cerca da mesma quantidade, mais do que de costume ou nada de comer? **SE MENOS, INSISTA: Lhe foi dado para comer, muito menos do que de costumo, ou um pouco menos?**	MUITO MENOS .... 1 UM POUCO MENO .... 2 CERCA MESMA QUANTIDAD 3 MAIS .... 4 PAROU A COMIDA .... 5 NUNCA DEU-LHE DE COMEF 6 NÃO SABE 8	MUITO MENOS .... 1 UM POUCO MENO .... 2 CERCA MESMA QUANTIDAD 3 MAIS .... 4 PAROU A COMIDA .... 5 NUNCA DEU-LHE DE COMEF 6 NÃO SABE 8	MUITO MENOS .... 1 UM POUCO MENO .... 2 CERCA MESMA QUANTIDAD 3 MAIS .... 4 PAROU A COMIDA .... 5 NUNCA DEU-LHE DE COMEF 6 NÃO SABE 8
540	Procurou aconselhamentos ou tratamento quando (NOME)? estava doente?	SIM .... 1 NÃO .... 2 (IR A 545)	SIM .... 1 NÃO .... 2 (IR A 545)	SIM .... 1 NÃO .... 2 (IR A 545)
541	Onde procurou aconselhamentos ou um tratamento? Algum outro lugar? **INSISTA PARA IDENTIFICAR OS TIPOS DE LUGARES E CIRCULE O(S) CÓDIGO(S) APROPRIADO(S).** **SE NÃO CONSEGUE DETERMINAR SE O HOSPITAL, O CENTRO DE SAÚDE OU A CLÍNICA É UM ESTABELECIMEN-TO PÚBLICO OU PRIVADO ESCREVA O NOME DO LUGAR.** ______________ **(NOME DO LUGAR)**	**SECTOR PÚBLICO:** HOSPITAL .... A CENTRO DE SAÚD .... B POSTO DE SAÚDE .... C SAÚDE COMUNITÁRIC .. D AGENTE DE SAÚDI .... E OUTRO PÚBLICO: ______________ F (ESPECIFIQUE) **SECTOR PRIVADO:** CLÍNICA PRIVADA .... G FARMÁCIA .... H MÉDICO PRIVADO .... I ENFERMEIROS .... J AGENTE DE SAÚDI .... K OUTRO PRIVADO: ______________ L (ESPECIFIQUE) **OUTRO LUGAR:** LOJA .... M CURANDEIRO .... N **OUTRO:** ______________ X (ESPECIFIQUE)	**SECTOR PÚBLICO:** HOSPITAL .... A CENTRO DE SAÚD .... B POSTO DE SAÚDE .... C SAÚDE COMUNITÁRIC .. D AGENTE DE SAÚDI .... E OUTRO PÚBLICO: ______________ F (ESPECIFIQUE) **SECTOR PRIVADO:** CLÍNICA PRIVADA .... G FARMÁCIA .... H MÉDICO PRIVADO .... I ENFERMEIROS .... J AGENTE DE SAÚDI .... K OUTRO PRIVADO: ______________ L (ESPECIFIQUE) **OUTRO LUGAR:** LOJA .... M CURANDEIRO .... N **OUTRO:** ______________ X (ESPECIFIQUE)	**SECTOR PÚBLICO:** HOSPITAL .... A CENTRO DE SAÚD .... B POSTO DE SAÚDE .... C SAÚDE COMUNITÁRIC .. D AGENTE DE SAÚDI .... E OUTRO PÚBLICO: ______________ F (ESPECIFIQUE) **SECTOR PRIVADO:** CLÍNICA PRIVADA .... G FARMÁCIA .... H MÉDICO PRIVADO .... I ENFERMEIROS .... J AGENTE DE SAÚDI .... K OUTRO PRIVADO: ______________ L (ESPECIFIQUE) **OUTRO LUGAR:** LOJA .... M CURANDEIRO .... N **OUTRO:** ______________ X (ESPECIFIQUE)
542	**VERIFIQUE 541:**	☐ 2 CÓDIGOS OU MAIS CIRCULADOS UM SÓ CÓDIGO ☐ CIRCULADO (IR A 544)	☐ 2 CÓDIGOS OU MAIS CIRCULADOS UM SÓ CÓDIGO ☐ CIRCULADO (IR A 544)	☐ 2 CÓDIGOS OU MAIS CIRCULADOS UM SÓ CÓDIGO ☐ CIRCULADO (IR A 544)
543	Primeiramente, onde foi procurar aconselhamentos ou tratamento? **UTILIZE OS CÓDIGOS Q.541.**	1º LUGAR .... ☐	1º LUGAR .... ☐	1º LUGAR .... ☐
544	Após quantos dias, depois do início da doença, começou a procurar aconselhamentos ou ou tratamento para (NOME)? **SE MESMO DIA, INSCREVA '00'.**	DIAS ...... ☐☐	DIAS ...... ☐☐	DIAS ...... ☐☐
545	(NOME) tem ainda febre/tosse neste momento?	FEBRE SÓ ...... 1 TOSSE SÓ .... 2 FEBRE E TOSSE .... 3 NEM UM, NEM OUTRO 4 NÃO SABE 8	FEBRE SÓ ...... 1 TOSSE SÓ .... 2 FEBRE E TOSSE .... 3 NEM UM, NEM OUTRO 4 NÃO SABE 8	FEBRE SÓ ...... 1 TOSSE SÓ .... 2 FEBRE E TOSSE .... 3 NEM UM, NEM OUTRO 4 NÃO SABE 8
546	Enquanto estava doente, (NOME) tomou medicamentos para se curar?	SIM .... 1 NÃO .... 2 (IR A 503 COLUNA SEGUINTE OU SE MAIS NENHUM NASC. IR A Q.573) NÃO SABE 8	SIM .... 1 NÃO .... 2 (IR A 503 COLUNA SEGUINTE OU SE MAIS NENHUM NASC. IR A Q.573) NÃO SABE 8	SIM .... 1 NÃO .... 2 (IR A 503 NA PENÚLTIMA COL. DO NOVO QUESTIONÁRIO OU SE MAIS NENHUM NASCIMENTO, IR A Q.573) NÃO SABE . 8

Nº	PERGUNTAS E FILTROS	ÚLTIMO NASCIMENTO NOME ______	PENÚLTIMO NASC. NOME ______	ANTEPEN- ÚLTIMO NASCIMENTO NOME ______
547	Que medicamentos (NOME) tomou? Alguns outros medicamentos? **ANOTE TODO QUE FOR MENCIONADO.**	**ANTIPALÚDICOS:** SP/FANSIDAR .... A CLOROQUINA .. B AMODIAQUINA .. C QUININO .... D COMBINAÇÃO COM BASE DE ARTEMISININA E ANTIPALÚDICO COARTEN .. F OUTRO ANTIPALÚDICO ______ .... G (ESPECIFIQUE) **ANTIBIÓTICOS:** COMPRIMIDOS/XAROPE H INJECÇÃO .... I **OUTROS MEDICAMENTOS:** ASPIRINA .... J PARACETAMOL .... K IBUPROFENO .... L **OUTRO** ______ X (ESPECIFIQUE) **NÃO SABE** .... Z	**ANTIPALÚDICOS:** SP/FANSIDAR .... A CLOROQUINA .. B AMODIAQUINA .. C QUININO .... D COMBINAÇÃO COM BASE DE ARTEMISININA E ANTIPALÚDICO COARTEN .. F OUTRO ANTIPALÚDICO ______ .... G (ESPECIFIQUE) **ANTIBIÓTICOS:** COMPRIMIDOS/XAROPE H INJECÇÃO .... I **OUTROS MEDICAMENTOS:** ASPIRINA .... J PARACETAMOL .... K IBUPROFENO .... L **OUTRO** ______ X (ESPECIFIQUE) **NÃO SABE** .... Z	**ANTIPALÚDICOS:** SP/FANSIDAR .... A CLOROQUINA .. B AMODIAQUINA .. C QUININO .... D COMBINAÇÃO COM BASE DE ARTEMISININA E ANTIPALÚDICO COARTEN .. F OUTRO ANTIPALÚDICO ______ .... G (ESPECIFIQUE) **ANTIBIÓTICOS:** COMPRIMIDOS/XAROPE H INJECÇÃO .... I **OUTROS MEDICAMENTOS:** ASPIRINA .... J ACETAMINOFENO .... K IBUPROFENO .... L **OUTRO** ______ X (ESPECIFIQUE) **NÃO SABE** .... Z
548	**VERIFIQUE 547:** HÁ UM CÓDIGO "A"-"H" CIRCULADO?	**SIM** ☐ ↓ ☐ **NÃO** (VOLTE A 503 NA COLUNA SEGUINTE; OU, SE MAIS NENHUM NASCIMENTO, IR A Q.573)	**SIM** ☐ ↓ ☐ **NÃO** (VOLTE A 503 NA COLUNA SEGUINTE; OU, SE MAIS NENHUM NASCIMENTO, IR A Q.573)	**SIM** ☐ ↓ ☐ **NÃO** (IR A 503 NA PENÚLTIMA COLUNA NOVO QUESTIONÁRIO OU SE MAIS NENHUM NASC. IR A Q.573)
549	Estava já na posse de (**NOME DO MEDICAMENTO DE Q.547**) em casa, quando a criança adoenceu? **PERGUNTE SEPARADAMENTE PARA CADA MEDICAMENTO TOMADO PELA CRIANÇA E REGISTADO EM Q.547 COM OS CÓDIGOS "A"-"H".** SE SIM PARA UM MEDICAMENTO, CIRCULE O CÓDIGO PARA ESTE MEDICAMENTO. **SE NÃO PARA TODOS OS MEDICAMENTOS, CIRCULE 'Y'.**	***ANTIPALÚDICOS:*** SP/FANSIDAR .... A CLOROQUINA .. B AMODIAQUINA .. C QUININO .... D COMBINAÇÃO COM BASE DE ARTEMISININA E ANTIPALÚDICO CDB DO PAÍS .. F OUTRO ANTIPALÚDICO ______ .... G (ESPECIFIQUE) ***ANTIBIÓTICOS:*** COMPRIMIDOS/XAROPE H ***NENHUM MEDICAMENTO EM CASA*** ...... Y	***ANTIPALÚDICOS:*** SP/FANSIDAR .... A CLOROQUINA .. B AMODIAQUINA .. C QUININO .... D COMBINAÇÃO COM BASE DE ARTEMISININA E ANTIPALÚDICO CDB DO PAÍS .. F OUTRO ANTIPALÚDICO ______ .... G (ESPECIFIQUE) ***ANTIBIÓTICOS:*** COMPRIMIDOS/XAROPE H ***NENHUM MEDICAMENTO EM CASA*** ...... Y	***ANTIPALÚDICOS:*** SP/FANSIDAR .... A CLOROQUINA .. B AMODIAQUINA .. C QUININO .... D COMBINAÇÃO COM BASE DE ARTEMISININA E ANTIPALÚDICO CDB DO PAÍS .. F OUTRO ANTIPALÚDICO ______ .... G (ESPECIFIQUE) ***ANTIBIÓTICOS:*** COMPRIMIDOS/XAROPE H ***NENHUM MEDICAMENTO EM CASA*** ...... Y
550	**VERIFIQUE 547:** HÁ UM CÓDIGO "A"-"G" CIRCULADO?	**SIM** ☐ ↓ ☐ **NÃO** (VOLTE A 503 NA COLUNA SEGUINTE; OU, SE MAIS NENHUM NASCIMENTO, IR A Q.573)	**SIM** ☐ ↓ ☐ **NÃO** (VOLTE A 503 NA COLUNA SEGUINTE; OU, SE MAIS NENHUM NASCIMENTO, IR A Q.573)	**SIM** ☐ ↓ ☐ **NÃO** (IR A 503 NA PENÚLTIMA COLUNA NOVO QUESTIONÁRIO OU SE MAIS NENHUM NASC. IR A Q.573)
551	**VERIFIQUE 547:** FOI DADO O FANSIDAR ('**A**')?	CÓDIGO '**A**' CIRCULADO ☐ ↓ CÓDIGO '**A**' NÃO CIRCULADO ☐ (IR A 554)	CÓDIGO '**A**' CIRCULADO ☐ ↓ CÓDIGO '**A**' NÃO CIRCULADO ☐ (IR A 554)	CÓDIGO '**A**' CIRCULADO ☐ ↓ CÓDIGO '**A**' NÃO CIRCULADO ☐ (IR A 554)
552	Quanto tempo após o início da febre, (NOME) começou a tomar o Fansidar?	MESMO DIA ...... 0 DIA SEGUINTE .... 1 2 DIAS APÓS FEBRE ... 2 3 DIAS APÓS FEBRE ... 3 4 DIAS OU MAIS APÓS FEBR 4 NÃO SABE 8	MESMO DIA ...... 0 DIA SEGUINTE .... 1 2 DIAS APÓS FEBRE ... 2 3 DIAS APÓS FEBRE ... 3 4 DIAS OU MAIS APÓS FEBR 4 NÃO SABE 8	MESMO DIA ...... 0 DIA SEGUINTE .... 1 2 DIAS APÓS FEBRE ... 2 3 DIAS APÓS FEBRE ... 3 4 DIAS OU MAIS APÓS FEBR 4 NÃO SABE 8

Nº	PERGUNTAS E FILTROS	ÚLTIMO NASCIMENTO NOME ________	PENÚLTIMO NASC. NOME ________	ANTEPEN- ÚLTIMO NASCIMENTO NOME ________
553	Durante quantos dias (NOME) tomou o Fansidar? **SE 7 DIAS OU MAIS, INSCREVA 7.**	DIAS . . . . [ ] NÃO SABE 8	DIAS . . . . [ ] NÃO SABE 8	DIAS . . . . [ ] NÃO SABE 8
554	**VERIFIQUE 547:** FOI DADO A CLOROQUINA ('**B**')?	CÓDIGO '**B**' CIRCULADO CÓDIGO '**B**' NÃO CIRCULADO (IR A 557)	CÓDIGO '**B**' CIRCULADO CÓDIGO '**B**' NÃO CIRCULADO (IR A 557)	CÓDIGO '**B**' CIRCULADO CÓDIGO '**B**' NÃO CIRCULADO (IR A 557)
555	Quanto tempo após o início da febre, (NOME) começou a tomar a Cloroquina?	MESMO DIA . . . . . . 0 DIA SEGUINTE . . . . 1 2 DIAS APÓS FEBRE . . . 2 3 DIAS APÓS FEBRE . . . 3 4 DIAS OU MAIS APÓS FEBR 4 NÃO SABE 8	MESMO DIA . . . . . . 0 DIA SEGUINTE . . . . 1 2 DIAS APÓS FEBRE . . . 2 3 DIAS APÓS FEBRE . . . 3 4 DIAS OU MAIS APÓS FEBR 4 NÃO SABE 8	MESMO DIA . . . . . . 0 DIA SEGUINTE . . . . 1 2 DIAS APÓS FEBRE . . . 2 3 DIAS APÓS FEBRE . . . 3 4 DIAS OU MAIS APÓS FEBR 4 NÃO SABE 8
556	Durante quantos dias (NOME) tomou a Cloroquina? **SE 7 DIAS OU MAIS, INSCREVA 7.**	DIAS . . . . [ ] NÃO SABE 8	DIAS . . . . [ ] NÃO SABE 8	DIAS . . . . [ ] NÃO SABE 8
557	**VERIFIQUE 547:** FOI DADO A AMODIAQUINA ('**C**')?	CÓDIGO '**C**' CIRCULADO CÓDIGO '**C**' NÃO CIRCULADO (IR A 560)	CÓDIGO '**C**' CIRCULADO CÓDIGO '**C**' NÃO CIRCULADO (IR A 560)	CÓDIGO '**C**' CIRCULADO CÓDIGO '**C**' NÃO CIRCULADO (IR A 560)
558	Quanto tempo após o início da **FEBRE**, (NOME) começou a tomar a Amodiaquina?	MESMO DIA . . . . . . 0 DIA SEGUINTE . . . . 1 2 DIAS APÓS FEBRE . . . 2 3 DIAS APÓS FEBRE . . . 3 4 DIAS OU MAIS APÓS FEBR 4 NÃO SABE 8	MESMO DIA . . . . . . 0 DIA SEGUINTE . . . . 1 2 DIAS APÓS FEBRE . . . 2 3 DIAS APÓS FEBRE . . . 3 4 DIAS OU MAIS APÓS FEBR 4 NÃO SABE 8	MESMO DIA . . . . . . 0 DIA SEGUINTE . . . . 1 2 DIAS APÓS FEBRE . . . 2 3 DIAS APÓS FEBRE . . . 3 4 DIAS OU MAIS APÓS FEBR 4 NÃO SABE 8
559	Durante quantos dias (NOME) tomou a Amodiaquina? **SE 7 DIAS OU MAIS, INSCREVA 7.**	DIAS . . . . [ ] NÃO SABE 8	DIAS . . . . [ ] NÃO SABE 8	DIAS . . . . [ ] NÃO SABE 8
560	**VERIFIQUE 547:** FOI DADO O QUININO ('**D**')?	CÓDIGO '**D**' CIRCULADO CÓDIGO '**D**' NÃO CIRCULADO (IR A 563)	CÓDIGO '**D**' CIRCULADO CÓDIGO '**D**' NÃO CIRCULADO (IR A 563)	CÓDIGO '**D**' CIRCULADO CÓDIGO '**D**' NÃO CIRCULADO (IR A 563)
561	Quanto tempo após o início da febre, (NOME) começou a tomar o Quinino?	MESMO DIA . . . . . . 0 DIA SEGUINTE . . . . 1 2 DIAS APÓS FEBRE . . . 2 3 DIAS APÓS FEBRE . . . 3 4 DIAS OU MAIS APÓS FEBR 4 NÃO SABE 8	MESMO DIA . . . . . . 0 DIA SEGUINTE . . . . 1 2 DIAS APÓS FEBRE . . . 2 3 DIAS APÓS FEBRE . . . 3 4 DIAS OU MAIS APÓS FEBR 4 NÃO SABE 8	MESMO DIA . . . . . . 0 DIA SEGUINTE . . . . 1 2 DIAS APÓS FEBRE . . . 2 3 DIAS APÓS FEBRE . . . 3 4 DIAS OU MAIS APÓS FEBR 4 NÃO SABE 8
562	Durante quantos dias (NOME) tomou o Quinino? **SE 7 DIAS OU MAIS, INSCREVA 7.**	DIAS . . . . [ ] NÃO SABE 8	DIAS . . . . [ ] NÃO SABE 8	DIAS . . . . [ ] NÃO SABE 8
563	**VERIFIQUE 547:** FOI DADO UMA COMBINAÇÃO COM BASE DE ARTEMISININA ('**E**')?	CÓDIGO '**E**' CIRCULADO CÓDIGO '**E**' NÃO CIRCULADO (IR A 566)	CÓDIGO '**E**' CIRCULADO CÓDIGO '**E**' NÃO CIRCULADO (IR A 566)	CÓDIGO '**E**' CIRCULADO CÓDIGO '**E**' NÃO CIRCULADO (IR A 566)
564	Quanto tempo após o início da **FEBRE**, (NOME) começou a tomar a Artemisinina?	MESMO DIA . . . . . . 0 DIA SEGUINTE . . . . 1 2 DIAS APÓS FEBRE . . . 2 3 DIAS APÓS FEBRE . . . 3 4 DIAS OU MAIS APÓS FEBR 4 NÃO SABE 8	MESMO DIA . . . . . . 0 DIA SEGUINTE . . . . 1 2 DIAS APÓS FEBRE . . . 2 3 DIAS APÓS FEBRE . . . 3 4 DIAS OU MAIS APÓS FEBR 4 NÃO SABE 8	MESMO DIA . . . . . . 0 DIA SEGUINTE . . . . 1 2 DIAS APÓS FEBRE . . . 2 3 DIAS APÓS FEBRE . . . 3 4 DIAS OU MAIS APÓS FEBR 4 NÃO SABE 8

Nº	PERGUNTAS E FILTROS	ÚLTIMO NASCIMENTO NOME ________	PENÚLTIMO NASC. NOME ________	ANTEPEN- ÚLTIMO NASCIMENTO NOME ________
565	Durante quantos dias (NOME) tomou (**UMA ASSOCIAÇÃO COM A ARTEMISININA**)? **SE 7 DIAS OU MAIS, INSCREVA 7.**	DIAS . . . . ☐ NÃO SABE 8	DIAS . . . . ☐ NÃO SABE 8	DIAS . . . . ☐ NÃO SABE 8
566	**VERIFIQUE 547:** FOI DADO UM ANTIPALÚDICO COARTEN DO PAÍS ('**F**')	CÓDIGO '**F**' CIRCULADO ☐ CÓDIGO '**F**' NÃO CIRCULADO ☐ (IR A 569)	CÓDIGO '**F**' CIRCULADO ☐ CÓDIGO '**F**' NÃO CIRCULADO ☐ (IR A 569)	CÓDIGO '**F**' CIRCULADO ☐ CÓDIGO '**F**' NÃO CIRCULADO ☐ (IR A 569)
567	Quanto tempo após o início da febre, (NOME) começou a tomar um (**ANTIPALÚDICO COARTEN**)?	MESMO DIA . . . . . . 0 DIA SEGUINTE . . . . 1 2 DIAS APÓS FEBRE . . . 2 3 DIAS APÓS FEBRE . . . 3 4 DIAS OU MAIS APÓS FEBR 4 NÃO SABE 8	MESMO DIA . . . . . . 0 DIA SEGUINTE . . . . 1 2 DIAS APÓS FEBRE . . . 2 3 DIAS APÓS FEBRE . . . 3 4 DIAS OU MAIS APÓS FEBR 4 NÃO SABE 8	MESMO DIA . . . . . . 0 DIA SEGUINTE . . . . 1 2 DIAS APÓS FEBRE . . . 2 3 DIAS APÓS FEBRE . . . 3 4 DIAS OU MAIS APÓS FEBR 4 NÃO SABE 8
568	Durante quantos dias (NOME) tomou um (**ANTIPALÚDICO COARTEN**)? **SE 7 DIAS OU MAIS, INSCREVA 7.**	DIAS . . . . ☐ NÃO SABE 8	DIAS . . . . ☐ NÃO SABE 8	DIAS . . . . ☐ NÃO SABE 8
569	**VERIFIQUE 547:** FOI DADO UM OUTRO ANTI-PALÚDICO ('**G**')?	CÓDIGO '**G**' CIRCULADO ☐ CÓDÍGO '**G**' NÃO CIRCULADO ☐ (VOLTE A 503 NA COLUNA SEGUINTE; OU, SE MAIS NENHUM NASCIMENTO, IR A Q.573)	CÓDIGO '**G**' CIRCULADO ☐ CÓDÍGO '**G**' NÃO CIRCULADO ☐ (VOLTE A 503 NA COLUNA SEGUINTE; OU, SE MAIS NENHUM NASCIMENTO, IR A Q.573)	CÓDIGO '**G**' CIRCULADO ☐ CÓDÍGO '**G**' NÃO CIRCULADO ☐ (IR A 503 NA PENÚLTIMA COLUNA NOVO QUESTIONÁRIO OU SE MAIS NENHUM NASC. IR A Q.573)
570	Quanto tempo após o início da febre, (NOME) começou a tomar um (**OUTRO ANTIPALÚDICO)?**	MESMO DIA . . . . . . 0 DIA SEGUINTE . . . . 1 2 DIAS APÓS FEBRE . . . 2 3 DIAS APÓS FEBRE . . . 3 4 DIAS OU MAIS APÓS FEBR 4 NÃO SABE 8	MESMO DIA . . . . . . 0 DIA SEGUINTE . . . . 1 2 DIAS APÓS FEBRE . . . 2 3 DIAS APÓS FEBRE . . . 3 4 DIAS OU MAIS APÓS FEBR 4 NÃO SABE 8	MESMO DIA . . . . . . 0 DIA SEGUINTE . . . . 1 2 DIAS APÓS FEBRE . . . 2 3 DIAS APÓS FEBRE . . . 3 4 DIAS OU MAIS APÓS FEBR 4 NÃO SABE 8
571	Durante quantos dias (NOME) tomou um (**OUTRO ANTI-PALÚDICO**)? **SE 7 DIAS OU MAIS, INSCREVA 7.**	DIAS . . . . ☐ NÃO SABE 8	DIAS . . . . ☐ NÃO SABE 8	DIAS . . . . ☐ NÃO SABE 8
572		VOLTE A 503 NA COLUNA SEGUINTE, OU SE MAIS NENHUM NASCI-MENTO IR A 573.	VOLTE A 503 NA COLUNA SEGUINTE, OU SE MAIS NENHUM NASCI-MENTO IR A 573.	VOLTE A 503 NA PENÚLTIMA COLUNA DO NOVO QUESTIO-NÁRIO OU SE MAIS NENHUM NASCIMENTO, IR A 573.

Nº	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS E CÓDIGOS	PASSE A
573	**VERIFIQUE 215 E 218, TODAS AS LINHAS :** **NÚMERO DE FILHOS NASCIDOS EM 2003 OU MAIS TARDE E QUE VIVEM COM A INQUIRIDA** UM OU MAIS ☐ ↓ NENHUM ☐ → **REGISTE O NOME DO FILHO/A MAIS NOVO/A QUE VIVE COM ELA (E CONTINUE PERGUNTANDO 574)** __________________ (NOME)		576
574	A última vez que (**NOME INSCRITO NA 573**) fez necessidades, o que fez das fezes?	CRIANÇA UTILIZOU SANÍTAS OU LATRINAS ..... 1 DEITAR / LAVAR NA SANITA OU LATRINAS .... 2 DEITADO NO LIXO .... 3 ENTERRADO .... 4 DEIXADO A AR LIVRE .... 5 OUTRO __________ 6 (ESPECIFIQUE)	
575	**VERIFIQUE 528(a) E 528(b), TODAS AS COLUNAS:** NENHUMA CRIANÇA RECEBEU LIQUIDO DE PACOTE SRO OU DE PACOTE SRO PRECONDICIONADO ☐ ↓ UMA CRIANÇA RECEBEU LÍQUIDO DE PACOTE SRO OU DE PACOTE SRO PRECONDICIONADOS ☐ →		577
576	Alguma vez, ouviu falar de um produto especial chamado [**SORO ORAL**] ou dum pacote de SRO precondicionado que se pode obter para tratar a diarreia?	SIM .... 1 NÃO 2	
577	**VERIFIQUE 215 E 218, TODAS AS LINHAS :** **NÚMERO DE FILHOS NASCIDOS EM 2005 OU MAIS TARDE QUE VIVEM COM A INQUIRIDA** UM OU MAIS ☐ ↓ NENHUM ☐ → **REGISTE O NOME DO FILHO/A MAIS NOVO/A QUE VIVE COM ELA (E CONTINUE PERGUNTANDO 578)** __________________ (NOME)		601
578	Agora, gostaria de saber que líquidos e que alimentos (**NOME de 577**) bebeu e comeu ontém durante o dia ou a noite? (**NOME de 577**) (bebeu/comeu): Água? Preparação artificial para bebê, vendida no comércio? Qualquer típo [**MARCA DE CEREAIS ENRIQUECIDOS PARA BEBÊS, COMO E.G., Cerelac**]? Outra papa ou sémola?	(see table below)	

	SIM	NÃO	NS
ÁGUA	1	2	8
PREPARAÇÃO	1	2	8
CEREAL PARA BEBÊS	1	2	8
OUTRA PAPA/SÉMOLA	1	2	8

Nº	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS E CÓDIGOS	PASSE A
579	Agora, gostaria de lhe perguntar quais são os (outros) líquidos ou alimentos que (**NOME em 577**) / você consumiu ontém durante o dia ou a noite, mesmo se o seu filho/você consumiu este alimento misturado com outros alimentos.		

	(NOME em 577) / você bebeu (comeu):		**CRIANÇA** SIM	NÃO	NS	**MÃE** SIM	NÃO	NS
a)	leite, tal como leite de pacote, em pó ou leite fresco de animal?	**a**	1	2	8	1	2	8
b)	chá ou café?	**b**	1	2	8	1	2	8
c)	outros líquidos?	**c**	1	2	8	1	2	8
d)	pão, arroz, massas, ou outros alimentos a base de cereais	**d**	1	2	8	1	2	8
e)	Pinpinela, abóbora, cenoura, batata doce amarelo ou vermelho no interior?	**e**	1	2	8	1	2	8
f)	Banana, batata, inhame, mandIoca, matabala, fruta-pão outros alimentos preparados a base de tubérculos/raízes?	**f**	1	2	8	1	2	8
g)	legumes de folhas verdes?	**g**	1	2	8	1	2	8
h)	manga, mamão, canjamanga, carambola, laranja?	**h**	1	2	8	1	2	8
i)	banana madura noutras frutas ou legumes?	**i**	1	2	8	1	2	8
j)	figado, rins, coração, ou outros miúdezas?	**j**	1	2	8	1	2	8
k)	carne de vaca, de porco, de carneiro cabra, frango, ou pato?	**k**	1	2	8	1	2	8
l)	ovos?	**l**	1	2	8	1	2	8
m)	peixe fresco ou seco ou mariscos, moluscos, búnzio?	**m**	1	2	8	1	2	8
n)	alimentos preparados a base de feijão, de ervilha,	**n**	1	2	8	1	2	8
o)	queijo, iogurte, ou outros produtos derivados do leite?	**o**	1	2	8	1	2	8
p)	Óleo de palma, óleo alimentar, banha, manteiga ou alimentos preparados com estes ingredientes?	**p**	1	2	8	1	2	8
q)	alimentos açucarados tais como chocolate, doces, drops, bolos, pastelarias ou bolachas ?	**q**	1	2	8	1	2	8
r)	outros alimentos sólidos ou semi sólidos?	**r**	1	2	8	1	2	8

Nº	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS E CÓDIGOS	PASSE A
580	**VERIFIQUE 578 (2 ÚLTIMAS CATEGORIAS: CEREAIS PARA BEBÊS OU OUTRA PAPA/SÉMOLA** PELO MENOS UM "**SIM**" ☐ ↓	NENHUM "**SIM**" ☐ →	601
581	Quantas vezes (**NOME DE 577**) comeu alimentos sólidos, semi-sólidos ou papas, ontem, durante o dia ou noite? **SE 7 VEZES OU MAIS, INSCREVA '7'.**	NÚMERO DE VEZES . . . . ☐ NÃO SABE 8	

SECÇÃO 6. CASAMENTO E ACTIVIDADE SEXUAL

Nº	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS E CÓDIGOS	PASSE A
601	Actualmente é casada ou vive em união com um homem, como se fosse casada?	SIM, ACTUALMENTE CASADA . . . . . . 1 SIM, VIVE COM UM HOMEM . . . . 2 NÃO, NÃO ESTÁ EM UNIÃO 3	1, 2 → 604
602	Alguma vez já foi casada ou viveu com um homem como fosse casada?	SIM, FOI CASADA . . . . 1 SIM, VIVEU COM UM HOMEM . . . . 2 NÃO 3	3 → 617
603	Qual o seu estado civil actual: é viúva, divorciada ou separada?	VIÚVA . . . . 1 DIVORCIADA . . . . 2 SEPARADA 3	→ 609
604	O seu marido/parceiro vive actualmente consigo ou no outro lugar?	VIVE COM ELA . . . . 1 VIVE NO OUTRO LUGAR 2	
605	**REGISTE O NOME E O NÚMERO DE LINHA DO MARIDO/PARCEIRO INSCRITO NO QUESTIONÁRIO AGREGADO. SE NÃO FOR LISTADO NO QUESTIONÁRIO AGREGADO, REGISTA '00'.**	NOME: ____________ N.º DE LINHA . . . . [ ][ ]	
606	O seu marido/parceiro tem outras parceiras ou vive com outras mulheres como se fosse casado?	SIM . . . . 1 NÃO . . . . 2 NÃO SABE 8	2, 8 → 609
607	No total, incluindo você, com quantas mulheres o seu marido/parceiro vive actualmente como se fosse casado?	NÚMERO TOTAL DE ESPOSAS/PARCEIRAS [ ][ ] NÃO SABE 98	
609	Foi casada ou viveu com um homem uma só vez ou mais de uma vez?	SOMENTE UMA VEZ . . . . 1 MAIS DE UMA VEZ 2	
615	**VERIFIQUE 609:** CASADA/VIVEU COM UM HOMEM UMA SÓ VEZ [ ] ↓ Em que mês e ano, você começou a viver com o seu marido/parceiro? CASADA/VIVEU COM UM HOMEM MAIS DE UMA VEZ [ ] ↓ Agora gostaria de lhe perguntar em que mês e ano, você começou a viver com o seu primeiro marido/parceiro?	MÊS . . . . [ ][ ] NÃO CONHECE O MÊS . . . . 98 ANO . . . . [ ][ ][ ][ ] NÃO CONHECE O ANO 9998	ANO → 617
616	Que idade tinha quando você começou a viver com ele pela primeira vez?	IDADE . . . . [ ][ ]	
617	**VERIFIQUE A PRESENÇA DE OUTRAS PESSOAS. ANTES DE CONTINUAR, FAÇA TODO O POSSÍVEL PARA ESTAR EM PRIVACIDADE COM A INQUIRIDA.**		
618	Agora gostaria de lhe colocar perguntas sobre a sua actividade sexual para melhor entender certos problemas importantes da vida. Que idade tinha quando teve relações sexuais, pela primeira vez?	NUNCA TEVE RELAÇÕES SEXUAIS . . . . 00 IDADE EM ANOS . . . . [ ][ ] PRIMEIRA VEZ INICIANDO A VIDA COM (PRIMEIRO) MARIDO/PARCEIRO 95	IDADE → 621 95 → 621
619	**CONFIRA 107:** IDADE 15-24 [ ] ↓ IDADE 25-49 [ ]		IDADE 25-49 → 641
620	Tem intenção de casar ou viver em união com um homem para depois começar a ter relações sexuais?	SIM . . . . 1 NÃO . . . . 2 NÃO SABE/INSEGURO 8	→ 641
621	**CONFIRA 107:** IDADE 15-24 [ ] ↓ IDADE 25-49 [ ]		IDADE 25-49 → 626
622	Utilizou preservativo na primeira vez que teve relações sexuais?	SIM . . . . 1 NÃO . . . . 2 NÃO SABE/NÃO SE LEMBRA 8	2, 8 → 622C
622A	Quem teve iniciativa de usar o preservativo?	A INQUIRIDA . . . . 1 MARIDO/COMPANHEIRO/PARCEIRO . 2 AMBOS (OS DOIS) . . . . 3 NÃO SABE/NÃO SE LEMBRA 8	
622B	Qual foi a principal razão que a/os levou a usar preservativo?	PREVENIR-SE DE IST/SIDA.......... 1 PREVENIR-SE DA GRAVIDEZ...... . . 2 PREVENIR-SE DA GRAVIDEZ . . . . . 3 DESCONFIANÇA NA PARCEIRA...... 4 A PARCEIRA PEDIU/INSISTIU . . 5 OUTRAS ____________ . . . 6 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE/SEM RA 8	→ 623

Nº	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS E CÓDIGOS	PASSE A
622C	Porque não utilizaram o preservativo? **"ANOTE TUDO QUE FOR MENCIONADO"**	NÃO ESPERAVA TER RELAÇÕES NO MOMEI . A NÃO CONHECIA OS MÉTODOS . . . B DESEJAVA TER UM FILH(. . . . . C NÃO SE PREOCUPOU COM ISS . . . . D ACHAVA RUIM PARA A SAÚDE . . . . E CONHECIA - NÃO SABIA ONDE ENCONTF . . . F PENSAVA QUE NÃO PODIA ENGRAVIDAF . . . G RESPONSABILIDADE DA PARCEIR . . . . H MOTIVOS RELIGIOSOS . . . . I RETIRE O PRAZER . . . . J TINHA CONFIANÇA NO PARCEI . . . . K TEVE DIFICULDADE EM PROPOR . . . . . L OUTRAS ______________ . . . X (ESPECIFIQUE)	
623	Que idade tinha a pessoa com quem teve as primeiras relações sexuais?	IDADE DO PARCEIRO . . . . . . [ ][ ] NÃO SABE 98	→ 626
624	Esta pessoa tinha mais idade que você, menos idade ou tinha quase a mesma idade que você?	MAIS IDOSO . . . . 1 MAIS NOVO . . . . 2 MESMA IDADE . . . . 3 NS/NÃO SE LEMBRA 8	(2, 3, 8) → 626
625	Esta pessoa tinha dez anos a mais que você ou muito mais, ou menos de dez anos que você?	DEZ ANOS OU MAIS . . . . 1 MENOS DE DEZ ANOS . . . . 2 MAIS IDOSO, NS DE QUANTOS ANOS 3	
626	Quando foi a última vez que teve relações sexuais? **SE MENOS DE 12 MESES A RESPOSTA DEVE SER REGISTADA EM DIAS, SEMANAS, OU MESES.** **SE 12 MESES OU MAIS, A RESPOSTA DEVE SER CONVERTIDA E REGISTADA EM ANO.**	HÁ …. DIAS . . . . . 1 [ ][ ] HÁ …. SEMANAS . . . 2 [ ][ ] HÁ …. MESES . . . . 3 [ ][ ] HÁ …. ANOS . . . . . 4 [ ][ ]	(ANOS) → 640

		ÚLTIMO PARCEIRO SEXUAL	PENÚLTIMO PARCEIRO SEXUAL	ANTEPENÚLTIMO PARCEIRO SEXUAL
626A	Agora, gostaria de lhe colocar perguntas sobre a sua actividade sexual. Mas antes, gostaria de lhe assegurar de novo que todas as suas respostas são absolutamente confidenciais e que não serão divulgadas a ninguém. Se acontece que lhe coloco uma questão a qual não quer responder, diga-me e irei à pergunta seguinte. → (IR A 628)			
627	Quando teve relações sexuais com esta pessoa pela última vez?		DIAS .. 1 SEMANAS 2 MÊS .. 3	DIAS .. 1 SEMANAS 2 MÊS .. 3
628	A última vez que teve relações sexuais (com esta segunda, terceira pessoa) foi utilizado um preservativo?	SIM .... 1 NÃO .... 2 (IR A 630)	SIM .... 1 NÃO .... 2 (IR A 630)	SIM .... 1 NÃO .... 2 (IR A 630)
629	Utilizou um preservativo cada vez que teve relações sexuais com esta pessoa , durante os últimos 12 meses?	SIM .... 1 NÃO 2	SIM .... 1 NÃO 2	SIM .... 1 NÃO 2
629A	Tem/Teve dificuldade maiores na utilização do preservativo?	SIM .... 1 NÃO .... 2 (IR A 630)	SIM .... 1 NÃO .... 2 (IR A 630)	SIM .... 1 NÃO .... 2 (IR A 630)
629B	Que tipo de dificuldade tem/teve na utilização do preservativo? **(PRINCIPAL TIPO)**	É INCÓMODO COMPRAR/OBTER 01 É DIFÍCIL COLOCAR/TIRAR 02 DIMINUI MEU PRAZER 03 HOMEM/PARCEIRO NÃO ACEITA 04 UTILIZAÇÃO IMPRÓPRIA 05 RASGA-SE FACILMENTE 06 NÃO FICA BEM NO LUGAR 07 OUTRO ______ 08 (ESPECIFIQUE)	É INCÓMODO COMPRAR/OBTER 01 É DIFÍCIL COLOCAR/TIRAR 02 DIMINUI MEU PRAZER 03 HOMEM/PARCEIRO NÃO ACEITA 04 UTILIZAÇÃO IMPRÓPRIA 05 RASGA-SE FACILMENTE 06 NÃO FICA BEM NO LUGAR 07 OUTRO ______ 08 (ESPECIFIQUE)	É INCÓMODO COMPRAR/OBTER 01 É DIFÍCIL COLOCAR/TIRAR 02 DIMINUI MEU PRAZER 03 HOMEM/PARCEIRO NÃO ACEITA 04 UTILIZAÇÃO IMPRÓPRIA 05 RASGA-SE FACILMENTE 06 NÃO FICA BEM NO LUGAR 07 OUTRO ______ 08 (ESPECIFIQUE)
630	Que tipo de relacionamento tinha com esta pessoa com quem teve relações sexuais? SE NAMORADO: Viviam juntos como se fossem casados? **SE SIM, CIRCULE '2'** **SE NÃO, CIRCULE '3'**	MARIDO .... 1 (IR A 636) PARCEIRO VIVENDO COM A INQUIRIDA ... 2 NAMORADO NÃO VIVENDO COM INQUIRIDA .. 3 ENCONTRO OCASIONAL .. 4 PROFISSIONAL DO SEXO .. 5 OUTRO ______ 6 (ESPECIFIQUE)	MARIDO .... 1 (IR A 636) PARCEIRO VIVENDO COM A INQUIRIDA ... 2 NAMORADO NÃO VIVENDO COM INQUIRIDA .. 3 ENCONTRO OCASIONAL .. 4 PROFISSIONAL DO SEXO .. 5 OUTRO ______ 6 (ESPECIFIQUE)	MARIDO .... 1 (IR A 636) PARCEIRO VIVENDO COM A INQUIRIDA ... 2 NAMORADO NÃO VIVENDO COM INQUIRIDA .. 3 ENCONTRO OCASIONAL .. 4 PROFISSIONAL DO SEXO .. 5 OUTRO ______ 6 (ESPECIFIQUE)
631	Durante quanto tempo manteve (vem mantendo) rela-ções sexuais com esta pessoa ? SE A INQUIRIDA TIVER UMA ÚNI-CA VEZ RELAÇÕES SEXUAIS COM ESTA PESSOA, REGISTE '01'DIA.	DIAS . 1 MÊS 2 ANOS 3	DIAS . 1 MÊS 2 ANOS 3	DIAS . 1 MÊS 2 ANOS 3
632	VERIFIQUE 107:	IDADE 15-24 ↓ IDADE 25-49 (IR A 636)	IDADE 15-24 ↓ IDADE 25-49 (IR A 636)	IDADE 15-24 ↓ IDADE 25-49 (IR A 636)
633	Que idade tem esta pessoa?	IDADE DO PARCEIRO (IR A 636) NÃO SABE 98	IDADE DO PARCEIRO (IR A 636) NÃO SABE 98	IDADE DO PARCEIRO (IR A 636) NÃO SABE 98
634	Esta pessoa é mais idosa que você, mais nova que você ou tem quase a mesma idade que você?	MAIS IDOSO .... 1 MAIS NOVO .... 2 MESMA IDADE ... 3 NS. .... 8 (IR A 636)	MAIS IDOSO .... 1 MAIS NOVO .... 2 MESMA IDADE ... 3 NS. .... 8 (IR A 636)	MAIS IDOSO .... 1 MAIS NOVO .... 2 MESMA IDADE ... 3 NS. .... 8 (IR A 636)

		ÚLTIMO PARCEIRO SEXUAL	PENÚLTIMO PARCEIRO SEXUAL	ANTEPENÚLTIMO PARCEIRO SEXUAL
635	Esta pessoa tem dez anos a mais que você ou muito mais, ou menos de dez anos que voçê?	10 ANOS OU MAIS . . 1 MENOS DE DEZ ANOS 2 MAIS IDOSO, NS DE QUANTOS ANOS 3	10 ANOS OU MAIS . . 1 MENOS DE DEZ ANOS 2 MAIS IDOSO, NS DE QUANTOS ANOS 3	10 ANOS OU MAIS . . 1 MENOS DE DEZ ANOS 2 MAIS IDOSO, NS DE QUANTOS ANOS 3
636	A última vez que teve relações sexuais com esta pessoa, você ou esta pessoa tinha bebido alcool?	SIM . . . . 1 NÃO . . . . 2 (IR A 638)	SIM . . . . 1 NÃO . . . . 2 (IR A 638)	SIM . . . . 1 NÃO . . . . 2 (IR A 639)
637	Você ou esta pessoa estava embriagada, neste momento? SE SIM:Quem estava embriagado?	INQUIRIDA SÓ . . 1 PARCEIRO SÓ 2 INQUIRIDA E PAR-CEIRO . . . . 3 NEM UM NEM OUTI . 4	INQUIRIDA SÓ . . 1 PARCEIRO SÓ 2 INQUIRIDA E PAR-CEIRO . . . . 3 NEM UM NEM OUTI . 4	INQUIRIDA SÓ . . 1 PARCEIRO SÓ 2 INQUIRIDA E PAR-CEIRO . . . . 3 NEM UM NEM OUTI . 4
638	Além [desta/das duas pessoa(s)], teve relações sexuais com uma outra pessoa, durante os últimos 12 meses?	SIM . . . . 1 (VOLTE A 627 NA COL.SEGUINTE) NÃO . . . . 2 (IR A 640)	SIM . . . . 1 (VOLTE A 627 NA COL.SEGUINTE) NÃO . . . . 2 (IR A 640)	
639	No total, com quantas pessoas diferentes, teve relações sexuais durante os últimos 12 meses? **NO CASO DE RESPOSTA NÃO NUMÉRICA, INSISTA PARA OBTER UMA ESTIMATIVA.** **SE O NÚMERO DE PARCEIROS FOR SUPERIOR A 95, INSCREVA '95'.**			NRO DE PARCEIROS DURANTE OS 12 ÚLTIMOS MESES . . . . [ ][ ] NÃO SABE . . . 98

640	No total, com quantas pessoas diferentes teve relações sexuais em toda a sua vida? **NO CASO DE RESPOSTA NÃO NUMÉRICA, INSISTA PARA OBTER UMA ESTIMATIVA** **SE O NÚMERO FOR SUPERIOR A 95, INSCREVA '95'**	NÚMERO DE PARCEIROS DURANTE A SUA VIDA . . . . . [ ][ ] NÃO SABE/NÃO SE LEMBRA 98	
641	Conhece um lugar onde se pode procurar preservativos?	SIM . . . . 1 NÃO 2	 → 643A
642	Onde se pode procurar preservativos? Mais un outro lugar? **INSISTA PARA DETERMINAR TODOS OS TIPOS DE FONTES E CIRCULE O(S) CÓDIGO(S) APROPRIADO(S)** **SE NÃO PODE DETERMINAR SE O HOSPITAL, O CENTRO DE SAÚDE OU A CLÍNICA É UM ESTABELECIMENTO PÚBLICO OU PRIVADO, INSCREVA O NOME DO LUGAR** ____________________ **"NOME DO(S) LUGAR(ES)"**	***SECTOR PÚBLICO:*** HOSPITAL . . . . A CENTRO DE SAÚDE . . . . B POSTO DE SAÚDE . . . . C PMI/PSR . .. . D EQUIPA MÓVEL . . . . E AGENTE SAÚDE COMUNITÁRIO .... F OUTRO __________ G (ESPECIFIQUE) ***SECTOR PRIVADO:*** FARMÁCIA . . . . . H CLÍNICA PRIVADA . . . . I ONG (ASPF/MÉDICO MUNDO/ETC.) . . . . J ACTIVISTAS . . . . K LOJAS/BARES/DISCOTEC . . . . L OUTRO __________ M (ESPECIFIQUE) ***OUTRA FONTE*** __________ X (ESPECIFIQUE)	
643	Caso quisesse poderia a senhora mesma procurar um preservativo?	SIM .... 1 NÃO .... 2 NÃO SABE 8	
643A	Agora, vou ler algumas frases ditas por algumas pessoas sobre a utilização do preservativo, ao qual gostaria que me dissesse se está de acordo ou não com cada uma dessas frases. a) O preservativo diminui o prazer sexual do homem. b) O preservativo não é prático de utilizar. c) O preservativo pode ser utilizado mais que uma vez. d) O preservativo evita de contrair doenças/infecções. e) A compra de preservativos é incómodo. f) Uma mulher não tem o direito de propor a um homem a utilização do preservativo.	(see table below)	

	ESTÁ DE ACORDO	N/ESTÁ D'ACORDO	NÃO SABE
DIMINUI PRAZER	1	2	8
NÃO É PRÁTICO UTILIZAR	1	2	8
PODE-SE UTILIZAR MAIS DE UMA VEZ	1	2	8
EVITA CONTRAIR DOENÇAS	1	2	8
A COMPRA É INCÓMODA	1	2	8
A MULHER NÃO DEVE PROPOR O USO	1	2	8

SECÇÃO 7. PREFERÊNCIA EM MATÉRIA DE FECUNDIDADE

Nº	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS E CÓDIGOS	PASSE A
701	**VERIFIQUE 311/311A:** NEM ELE,NEM ELA ESTERILIZADO/A ☐ ↓ — ELE OU ELA ESTERILIZADO/A ☐		→ 713
702	**VERIFIQUE 226:** NÃO GRÁVIDA OU EM DÚVIDA ☐ ↓ — GRÁVIDA ☐ ↓ Agora tenho algumas questões sobre o futuro. Quer ter (um/outro) filho, ou prefereria não ter (outros) filhos? Agora tenho algumas questões sobre o futuro. Depois do filho que está esperando, quer ter outro filho, ou prefereria não ter outros filhos?	TER (UM/UM OUTRO) FILHO . . . 1 NÃO OUTRO/NENHUM . . . . 2 DIZ QUE NÃO PODE ENGRAVIDAR . . . . 3 INDECISA/NÃO SABE E GRAVIDA . . . . 4 INDECISA/NÃO SABE E NÃO GRAVIDA OU EM DÚVIDA . . 5	 → 704 → 713 → 709 → 708
703	**VERIFIQUE 226:** NÃO GRAVIDA OU EM DÚVIDA ☐ ↓ — GRÁVIDA ☐ ↓ Quanto tempo quer esperar a partir de agora, antes do nascimento de (um/outro) filho? Depois do nascimento do filho que está esperando, quanto tempo quer esperar antes do nascimento de um outro filho ?	MÊS . . . . 1 ☐☐ ANOS . . . . 2 ☐☐ LÓGO/AGORA . . . . 993 DIZ QUE NÃO PODE ENGRAVIDAR. . .994 APÓS CASAMENTO . . . . 995 OUTRO ____________ 996 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE 998	 → 708 → 713 → 708 (995, 996, 998)
704	**VERIFIQUE 226:** NÃO GRÁVIDA OU EM DÚVIDA ☐ ↓ — GRÁVIDA ☐		→ 709
705	**VERIFIQUE 310: UTILIZA UM MÉTODO CONTRACEPTIVO?** NÃO PERGUNTOU ☐ ↓ — NÃO UTILIZA ACTUAL-MENTE ☐ ↓ — UTILIZA ACTUALMENTE ☐		→ 713
706	**VERIFIQUE 703:** NÃO PERGUNTOU ☐ ↓ — 24 MÊSES OU MAIS OU 02 ANOS OU MAIS ☐ ↓ — 00-23 MESES OU 00-01 ANO ☐		→ 709
707	**VERIFIQUE 702:** QUER UM/OUTRO FILHO ☐ ↓ — NÃO QUER (OUTRO) FILHO ☐ ↓ Disse que de imediato, não quer ter (um/outro) filho, mas não está utilizando método para evitar uma gravidez. **Pode me dizer porque NÃO utiliza um método? Há uma outra razão?** Disse que nao quer ter (outro) filho, mas não está utilizando método para evitar uma gravidez. **Pode me dizer porque NÃO utiliza um método? Há uma outra razão?** **REGISTE TODAS AS RAZÕES MENCIONADAS.**	***NÃO CASADA*** A ***RAZÕES LIGADAS À FECUNDIDADE:*** NÃO TEM RELAÇÕES SEXUAIS . . . . B RELAÇÕES SEXUAIS POUCO FREQUENT . . C MENOPAUSA/HISTERECTOMIA . . . . D SUB-FECUNDIDADE/ESTÉRI . . . . E AMENORREIA POSPART(. . . . . F ALEITAMENTO . . . . G FATALISTA . . . . H **OPOSIÇÃO À UTILIZAÇÃO:** INQUIRIDA É CONTRA . . . . I MARIDO/PARCEIRO CONTRA . . . . J OUTRAS PESSOAS CONTRA . . . . K PROIBIÇÃO RELIGIOSAS . . . . L **FALTA DE CONHECIMENTO:** NÃO CONHECE NENHUM MÉTC . . . . M NÃO CONHECE NENHUMA FONTE . . . . N **RAZÕES LIGADAS AOS MÉTODOS:** PROBLEMAS DE SAÚDE . . . . O MEDO DOS EFEITOS SECUNDÁRIOS . . . . P NÃO ACESSÍVEL/MUITO LONGE . . . . Q MUITO CARO . . . . R NÃO PRÁTICO A UTILIZAI . . . . S INTERFERE C/FUNÇÕES NORMAIS DO CORI T ***OUTRO*** ____________ X (ESPECIFIQUE) ***NÃO SABE*** Z	

Nº	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS E CÓDIGOS	PASSE A
708	**VERIFIQUE 310:** ESTÁ UTILIZANDO UM MÉTODO ACTUALMENTE? NÃO PERGUNTOU ☐ NÃO UTILIZA ACTUALMENTE ☐	UTILIZA ACTUALMENTE ☐	713
709	Pensa num futuro próximo utilizar um método para espaçar ou evitar gravidez?	SIM . . . . 1 NÃO . . . . 2 NÃO SABE/INSEGURO 8	 711 713
710	Que método prefereria usar?	ESTERILIZAÇÃO FEMININA . . . . 01 ESTERILIZAÇÃO MASCULINA . . . . 02 PÍLULA . . . . 03 DIU . . . . 04 INJECÇÕES . . . . 05 IMPLANTES . . . . 06 PRESERVATIVO MASCULINO . . . . 07 PRESERVATIVO FEMININO . . . . 08 DIAFRAGMA . . . . 09 ESPERMICIDA . . . . 10 MAMA . . . . 11 COITO INTERROMPIDO . . . . 12 PÍLULA DIA SEGUINTE . . . . 13 ABSTINÊNCIA PERIÓDICA . . . . 14 OUTROS ____________ . . . 96 (ESPECIFIQUE) NÃO CERTO 98	713
711	Qual a principal razão para não querer usar nenhum método contraceptivo no futuro?	***NÃO CASADA*** 11 ***RAZÕES LIGADAS À FECUNDIDADE:*** NÃO TEM RELAÇÕES SEXUAIS . . . . 21 RELAÇÕES SEXUAIS POUCO FREQUENT . . 22 MENOPAUSA/HISTERECTOMIA . . . . 23 SUB-FECUNDIDADE/ESTÉRI .. . . 24 QUER TANTA CRIANÇA QUE POSSÍVE . .. . . . 25 ***OPOSIÇÃO À UTILIZAÇÃO:*** INQUIRIDA É CONTRA . . . . 31 MARIDO/PARCEIRO CONTRA . . . . 32 OUTRAS PESSOAS CONTRA . . . . 33 PROIBIÇÃO RELIGIOSAS . . . . 34 ***FALTA DE CONHECIMENTO:*** NÃO CONHECE NENHUM MÉTC . . . . 41 NÃO CONHECE NENHUMA FONTE . . . . 42 ***RAZÕES LIGADAS AOS MÉTODOS:*** PROBLEMAS DE SAÚDE . . . . 51 MEDO DOS EFEITOS SECUNDÁRIOS . . . . 52 NÃO ACESSÍVEL/MUITO LONGE . . . . 53 MUITO CARO . . . . 54 NÃO PRÁTICO A UTILIZAI . .. . 55 INTERFERE C/FUNÇÕES NORMAIS DO CORI 56 ***OUTRO*** ____________ 96 (ESPECIFIQUE) ***NÃO SABE*** 98	 714
712	Se fosse casada utilizaria algum método no futuro?	SIM . . . . 1 NÃO . . . . 2 NÃO SABE/INSEGURO 8	
713	**VERIFIQUE 216:** TEM FILHO(S) VIVO(S) ☐ NÃO TEM FILHO(S) VIVO(S) ☐ Se pudesse voltar atrás, para o tempo em que não tinha filho e se pudesse escolher o número de filhos para ter por toda a vida, **quanto desejaria** / Se pudesse escolher exactamente o número de filhos que teria em toda a sua vida, **quantos gostaria de ter**? **PROCURE OBTER UMA RESPOSTA NUMÉRICA**	NENHUM . . . . 00 NÚMERO . . . . ☐☐ OUTRO ____________ 96 (ESPECIFIQUE)	715 715
714	Quanto desses filhos você gostaria que fossem rapazes, raparigas ou não se importava do sexo deles?	<u>Rapazes</u> | <u>Raparigas</u> | <u>Tanto faz</u> NÚMERO ☐☐ ☐☐ ☐☐ OUTRO ____________ . . . 96 (ESPECIFIQUE)	

Nº	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS E CÓDIGOS	PASSE A
715	Nos últimos 6 meses, você ouviu/leu alguma informação sobre o planeamento familiar através da: Rádio? Televisão? Jornal ou revista? Cartazes? Panfletos ou brochuras?	SIM NÃO RÁDIO . . . . . 1 2 TELEVISÃO . . . . . 1 2 JORNAL OU REVISTA . . . . . 1 2 CARTAZES . . . . . 1 2 PANFLETOS OU BROCHURA 1 2	
717	**VERIFIQUE 601:** SIM, ACTUALMENTE CASADA ☐ ↓ SIM, VIVE COM UM HOMEM ☐ ↓ NÃO NÃO ESTA EM UNIÃO ☐		722A
718	**VERIFIQUE 311/311A:** CÓDIGO "**B**", "**G**", OU "**M**" CIRCULADO ☐ NENHUM CÓDIGO CIRCULADO ☐ OUTRO ☐ ↓		720 722
719	O seu marido/parceiro sabe que utilza um método de planeamento familiar?	SIM . . . . . 1 NÃO . . . . . 2 NÃO SABE/INSEGURO 8	
720	O uso da contracepção é principalmente da sua própria decisão, da decisão do seu marido/parceiro, ou uma decisão de ambos?	DECISÃO DA INQUIRIDA . . . . . 1 DECISÃO DO MARIDO/PARCEIRO . . . . 2 DECISÃO COMUM . . . . . 3 OUTRO ______ . . . . 6 (ESPECIFIQUE)	
721	**VERIFIQUE 311/311A :** NEM ELE,NEM ELA ESTERILIZADO ☐ ↓ ELE OU ELA ESTERILIZADO ☐		722A
722	O seu marido/parceiro quer ter o mesmo número de filhos, mais filhos ou menos filhos que você?	MESMO NÚMERO DE FILHOS . . . . . 1 MAIS NÚMERO DE FILHOS . . . . . 2 MENOS NUMERO DE FILHOS . . . . . 3 NÃO SABE 8	
722A	Na sua opinião, você é a favor, contra ou indiferente que os casais usem métodos para evitar gravidez?	A FAVOR . . . . . 1 CONTRA . . . . . 2 INDIFERENTE 8	
722B	Você é a favor ou contra aa transmissão de informações na rádio ou na televisão sobre o planeamento familiar?	FAVOR CONTRA N/SABE RÁDIO . . . 1 2 8 TELEVISÃO . 1 2 8	
722C	Nos últimos 6 meses, discutiu a prática do planeamento familia com alguém (amigas, vizinhas, ou familiares)?	SIM . . . . . 1 NÃO 2	 801
722D	Com quem você discutiu/conversou? Com mais alguém você discutiu/conversou? **"ANOTE TUDO QUE FOR MENCIONADO"**	MARIDO/PARCEIRO . . . . . A MÃE . . . . . B PAI . . . . . C IRMÃOS . . . . . D FILHO OU FILHA . . . . . E PARENTES . . . . . F AMIGOS . . . . . G VIZINHOS . . . . . H PROFISSIONAL DA SAÚDE . . . . . I LÍDER RELIGIOSO . . . . . J PROFESSOR(A) . . . . . K LÍDER DA COMUNIDADE . . . . . L OUTRO ______ . . . X (ESPECIFIQUE)	

SECÇÃO 8. CARACTERÍSTICAS DO CÔNJUGE E TRABALHO DA MULHER

Nº	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS E CÓDIGOS	PASSE A
801	**VERIFIQUE 601 E 602:** ACTUALMENTE CASADA/ VIVE COM UM HOMEM ☐ ↓ FOI CASADA/ VIVEU COM UM HOMEM ☐ → 803	NUNCA CASADA E NUNCA VIVEU COM UM HOMEM ☐ → 807	803 807
802	Que idade completou o seu marido/parceiro no seu último aniversário?	IDADE EM ANOS COMPLETOS ☐☐	
803	O seu (último) marido/parceiro frequentou a escola?	SIM . . . . 1 NÃO 2	 2 → 806
804	Qual o nivel mais elevado que atingiu: básico, secundário, superior ou alfabetização?	BÁSICO . . . . 1 SECÚNDARIO . . . . 2 SUPERIOR . . . . 3 ALFABETIZAÇÃO 4	
805	Qual o ano/classe mais elevado(a) que você concluiu neste nível? **Se BÁSICO:** 0=Jardim; 1=1ª; 2=2ª; 3=3ª; 4=4ª; 5=5ª; e 6=6ª Classe **Se SECUNDÁRIO:** 1=7ª; 2=8ª; 3=9ª; 4=10ª; 5=11ª; e 6=12ª Classe **Se SUPERIOR:** 1-3=Médio/Bacharelato; 4=Licenciatura; e 5+=Pós-Graduação/Mestrado/Doutoramento **Se ALFABETIZAÇÃO:** 1=1ª Classe; 2=2ª Classe; 3=3ª Classe; e 4=4ª Classe	**ANO/CLASSE MAIS ELEVADO CONCLUÍDO** **BÁS.** 0 1 2 3 4 5 6 **SEC.** 1 2 3 4 5 6 **SUP.** 1 2 3 4 5+ **ALF.** 1 2 3 4	
806	**VERIFIQUE 801:** ACTUALMENTE CASADA/ VIVE COM UM HOMEM ☐ ↓ Qual é a ocupação do seu marido/parceiro ? Isto é, que tipo de trabalho faz principalmente? FOI CASADA /VIVEU COM UM HOMEM ☐ ↓ Qual foi a ocupação do seu (último) marido/parceiro? Isto é, que tipo de trabalho fazia principalmente?	________ ☐☐ ________ (Reservado ao INE) ________	
807	Além do seu trabalho/afazeres doméstico, trabalhou durante os sete últimos dias?	SIM . . . . 1 NÃO 2	1 → 811
808	Como você sabe, algumas mulheres têm um trabalho do qual recebem pagamento em dinheiro ou em bens. Algumas têm um pequeno comercio ou pequeno negócio, ou trabalham nas terras ou nos negócios da familia. Nos últimos sete dias, fez algum desses trabalhos ou qualquer outro trabalho?	SIM . . . . 1 NÃO 2	1 → 811
809	Mesmo se não trabalhou nos últimos sete dias, teve um trabalho ou um negócio para o qual teve de ausentar-se por causa de doença, férias, maternidade ou devido a uma outra razão?	SIM . . . . 1 NÃO 2	1 → 811
810	Fez algum trabalho durante os últimos 12 meses?	SIM . . . . 1 NÃO 2	 2 → 818
811	Qual é a sua principal ocupação, isto é, que tipo de trabalho faz principalmente ?	________ ☐☐ ________ (Reservado ao INE) ________	
812	**VERIFIQUE 811:** TRABALHA NA AGRICULTURA ☐ ↓ NÃO TRABALHA NA AGRICULTURA ☐ → 814		814
813	Trabalha principalmente na sua própria terra, ou na terra da sua familia, ou trabalha numa terra alugada ou trabalha na terra de outro alguém?	PRÓPRIA TERRA . . . . 1 TERRA DA FAMILIA . . . . 2 TERRA ALUGADA . . . . 3 TERRA DE OUTRO ALGUÉM . . 4	

Nº	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS E CÓDIGOS	PASSE A
814	Faz este trabalho para um membro da sua família, para outro alguém, ou por conta própria?	PARA UM MEMBRO DA FAMILIA 1 PARA OUTRO ALGUÉM ..... 2 CONTA PRÓPRIA 3	
815	Trabalha habitualmente em casa ou fora da casa?	EM CASA .... 1 FORA DA CASA 2	
816	Trabalha habitualmente durante todo o ano, de maneira sasonal, ou somente de vez em quando?	TODO O ANO .... 1 SASONALMENTE/PARTE DO ANO . 2 DE VEZ EM QUANDO 3	
817	Para este trabalho, é remunerado em dinheiro, ou em género ou não recebe nenhuma remuneração?	SÓMENTE DINHEIRO .... 1 DINHEIRO E GÉNERO .... 2 SÓMENTE GÉNERO .... 3 NÃO RECEBE 4	
818	**VERIFIQUE 601:** ACTUALMENTE CASADA/VIVE COM UM HOMEM ☐ ↓ NÃO EM UNIÃO ☐		827
819	**VERIFIQUE 817:** CÓDIGO 1 OU 2 CIRCULADO ☐ ↓ OUTRO ☐		822
820	Habitualmente quem decide sobre como utilizar o dinheiro que ganha: você, seu marido/parceiro, ou ambos?	INQUIRIDA .... 1 MARIDO/PARCEIRO .... 2 INQUIRIDA E MARIDO/PARCEIRO ...... 3 OUTRO ____________ 6 (ESPECIFIQUE)	
821	Você ganha mais dinheiro que seu marido/parceiro, menos, ou quase igual?	MAIS QUE ELE .... 1 MENOS QUE EL .... 2 QUASE IGUAL .... 3 MARIDO/PARCEIRO NÃO GANHA DINHEIRO .. 4 NÃO SABE 8	4 → 823
822	Habitualmente quem decide sobre como utilizar o dinheiro que o seu marido/parceiro ganha: você, seu marido, ou ambos?	INQUIRIDA .... 1 MARIDO/PARCEIRO .... 2 INQUIRIDA E MARIDO/PARCEIRO ...... 3 MARIDO/PARCEIRO NÃO GANHA ...... 4 OUTRO ____________ 6 (ESPECIFIQUE)	
823	Habitualmente, quem tem a última palavra nas decisões concernentes os cuidados da sua própria saúde: você, o seu marido/parceiro, você e o seu marido/parceiro juntos, ou outro alguém?	INQUIRIDA = 1 MARIDO/PARCEIRO = 2 INQUIRIDA & MARIDO/PARCEIRO JUNTOS = 3 OUTRO ALGUÉM = 4 OUTRO = 6 1 2 3 4 6	
824	Habitualmente, quem tem a última palavra nas decisões concernentes as compras importantes do agregado?	1 2 3 4 6	
825	Habitualmente, quem tem a última palavra nas decisões sobre as compras de necessidades quotidianas do agregado?	1 2 3 4 6	
826	Habitualmente, quem tem a última palavra nas decisões concernentes às visitas à sua familia ou parentes?	1 2 3 4 6	
826A	Habitualmente, quem tem a última palavra nas decisões concernentes ao número de filhos que deve ter o casal, e quando deve té-las?	1 2 3 4 6	
827	PRESENÇA DE OUTRAS PESSOAS NESTE MOMENTO (PESSOAS PRESENTES E QUE OUVEM, PRESENTES MAS NÃO OUVEM, OU NENHUMA PRESENÇA)	PRESENÇA/OUVE — PRES./NÃO OUVE — NENHUM PRES. CRIANÇAS <10 .... 1 2 8 MARIDO .... 1 2 8 OUTROS HOMENS .... 1 2 8 OUTRAS MULHERES 1 2 8	
828	Por vezes, o marido fica aborrecido ou com raiva devido a certas atitudes da sua mulher/parceira. Na sua opinião, acha normal que o marido agrida a sua mulher/parceira: a) Se ela sair sem lhe disser nada? b) Se ela não cuidar das crianças (dos filhos)? c) Se ela contrariar as suas opiniões? d) Se ela recusar ter relações sexuais com ele? e) Se ela "deixar queimar" a comida?	SIM — NÃO — NÃO SABE SAIR SEM DISSER NADA 1 2 8 NÃO CUIDAR DOS FILHOS 1 2 8 CONTRARIA SUAS OPINIÕES 1 2 8 RECUSR RELAÇÕES SEXUAIS 1 2 8 QUEIMAR COMIDA 1 2 8	

SECÇÃO 9. VIH/SIDA

Nº	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS E CÓDIGOS	PASSE A
901	Agora gostaria de falar lhe de um outro assunto. Alguma vez ouviu falar de uma doença que se chama SIDA? (***Sindroma de Imuno-Deficiência Adquirida***)	SIM . . . . . 1 NÃO 2	 → 942
901A	De que fontes de informação ouviu falar da SIDA? Que outras fontes? **"ANOTE TUDO QUE FOR MENCIONADO"**	RÁDIO . . . . . A TELEVISÃO . . . . . B JORNAL E REVISTA . . . . . C PANFLETOS/CARTAZES . . . . . D TRABALHADORES DE SAÚDE . . . . . E IGREJA/MESQUITA . . . . . F ESCOLA/PROFESSORES . . . . . G PALESTRAS . . . . . H TEATRO . . . . . I AMIGOS/FAMILIARES/PARCEIRAS . . . . J LOCAL DE TRABALHO . . . . . K OUTRO ______________ . . . . X (ESPECIFIQUE)	
902	Pode-se reduzir o risco de contrair o vírus da SIDA tendo um único parceiro sexual não infectado e que não tem nenhum(a) outro(a) parceiro(a)?	SIM . . . . . 1 NÃO . . . . . 2 NÃO SABE 8	
903	Pode-se contrair o vírus da SIDA, através de picadas de mosquitos?	SIM . . . . . 1 NÃO . . . . . 2 NÃO SABE 8	
904	Pode-se reduzir o risco de contrair o vírus da SIDA utilizando o preservativo cada vez que tiver relações sexuais?	SIM . . . . . 1 NÃO . . . . . 2 NÃO SABE 8	
905	Pode-se contrair o vírus da SIDA partilhando a comida com uma pessoa que tem SIDA?	SIM . . . . . 1 NÃO . . . . . 2 NÃO SABE 8	
906	Pode-se reduzir o risco de contrair o vírus da SIDA, deixando de ter relações sexuais?	SIM . . . . . 1 NÃO . . . . . 2 NÃO SABE 8	
907	Pode se contrair o vírus da SIDA, através de feiticeria ou de meios sobrenaturais?	SIM . . . . . 1 NÃO . . . . . 2 NÃO SABE 8	
908	Acredita que uma pessoa com uma aparência saudável pode estar infectada com vírus da SIDA?	SIM . . . . . 1 NÃO . . . . . 2 NÃO SABE 8	
908A	Acredita que as pessoas infectadas com vírus da SIDA nunca morrem da doença, algumas vezes morrem, ou quase todos morrem por causa dessa doença?	NUNCA . . . . . 1 ALGUMAS VEZES . . . . . 2 QUASE TODOS . . . . . 3 NÃO SABE 8	
908B	Conhece alguém que esteja infectada com vírus da SIDA ou que morreu devido a SIDA?	SIM . . . . . 1 NÃO . . . . . 2 NÃO SABE 8	
909	Quando é que o vírus da SIDA pode ser transmitido de mãe para o filho: a) Na gravidez? b) No parto? c) Durante o aleitamento?	SIM / NÃO / NÃO SABE GRAVIDEZ 1 2 8 NO PARTO 1 2 8 DURANTE ALEITAMENTO 1 2 8	
910	**VERIFIQUE 909:** PELO MENOS UM 'SIM' ☐ ↓	OUTRO ☐	→ 912
911	Existem medicamentos especiais que um médico ou uma enfermeira pode dar a uma mulher infectada pelo vírus da SIDA para reduzir o risco da transmissão para o seu bebé?	SIM . . . . . 1 NÃO . . . . . 2 NÃO SABE 8	
912	Alguma vez ouviu falar de medicamentos especiais antiretrovirais que as pessoas infectadas pelo vírus da SIDA podem obter através de 1 médico/enfermeira para lhes permitirem viver muito tempo?	SIM . . . . . 1 NÃO . . . . . 2 NÃO SABE 8	

Nº	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS E CÓDIGOS	PASSE A
913	**VERIFIQUE 208 E 215:** ÚLTIMO NASCIMENTO DESDE JANEIRO 2005 ☐ ↓	NENHUM NASCIMENTO ☐ ÚLTIMO NASC. ANTES DE JANEIRO 2005 ☐	→ 922 → 922
914	VERIFIQUE 407 PARA O ÚLTIMO NASCIMENTO: TEVE CUIDADOS PRENATAIS ☐ ↓	NÃO TEVE CUIDADOS PRENATAIS ☐	→ 922
914A	VERIFIQUE SE HÁ OUTRAS PESSOAS ANTES DE CONTINUAR. FAÇA TODO O POSSÍVEL PARA ESTAR EM PRIVACIDADE.		
915	Durante uma dessas consultas prenatais do seu último filho(a), falaram-lhe sobre um dos assuntos seguintes: a) Bébés que contraem o vírus da SIDA da mãe? b) Das medidas que se pode tomar para não contrair a SIDA? c) Fazer o teste da SIDA?	SIM NÃO NS BÉBÉS QUE CONTRAEM SIDA DA MÃE 1 2 8 MEDIDAS A TOMAR P/NÃO CONTRAIR 1 2 8 FAZER TESTE DA SID. 1 2 8	
916	No quadro desses cuidados pré-natais, foi-lhe proposto de fazer um teste da SIDA?	SIM . . . . 1 NÃO 2	
917	Não quero saber os resultados, mas fez um teste da SIDA no quadro dos seus cuidados prenatais?	SIM . . . . 1 NÃO 2	 → 922
918	Não quero saber os resultados, mas recebeu os resultados do teste?	SIM . . . . 1 NÃO 2	
919	Onde fez o teste? **INSISTA PARA IDENTIFICAR O TIPO DE LUGAR E CIRCULE O CÓDIGO APROPRIADO**. **SE NÃO CONSEGUIR DETERMINAR SE O HOSPITAL, O CENTRO DE SAÚDE, O CENTRO DE GATV OU A CLÍNICA É UM ESTABELECIMENTO PÚBLICO OU PRIVADO, INSCREVA O NOME DO LUGAR.** ____________________ **(NOME DO LUGAR)**	**SECTOR PÚBLICO** HOSPITAL . . . . 11 CENTRO DE SAÚDE . . . . . . 12 POSTO DE SAUDE . . . . 13 GATV . . 14 PMI CENTRAL . . . . .15 EQUIPA MÓVEL . . . . 16 OUTRO PÚBLICO __________17 (ESPECIFIQUE) **SECTOR PRIVADO** HOSPITAL/CLÍNICA PRIVADA MÉDICO PRIVADO . . . . 21 GATV /ONG . . . 22 EQUIPA MÓVEL . . . . 23 OUTRO PRIVADO 24 __________ (ESPECIFIQUE) **OUTRO** __________96 (ESPECIFIQUE)	
920	Fez um outro teste da SIDA desde que foi testada durante a sua gravidez?	SIM . . . . 1 NÃO 2	→ 923
921	Quando é que fez o teste da SIDA pela última vez?	HÁ MENOS DE 12 MESES . . . . 1 ENTRE 12 E 23 MESES . . . . 2 HÁ 2 ANOS OU MAIS 3	→ 929
922	Sem se pretender conhecer o resultado do seu teste, gostaria que me dissesse se alguma vez fez teste da SIDA?	SIM . . . . 1 NÃO 2	 → 927
923	Quando é que fez pela última vez o teste da SIDA?	HÁ MENOS DE 12 MESES . . . . 1 ENTRE 12 A 23 MESES . . . . 2 2 E MAIS ANOS 3	
923A	Da última vez que fez teste da SIDA, recebeu aconselhamento antes, depois do teste ou não recebeu aconselhamento?	ANTES . . . . 1 DEPOIS . . . . 2 ANTES E DEPOIS . . . . 3 NÃO . . . . 4 NÃO SABE/NÃO RECORDA 8	

Nº	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS E CÓDIGOS	PASSE A
924	Da última vez que fez teste de SIDA, foi por iniciativa própria, propuseram-lhe e aceitou ou foi-lhe imposto (exigido)?	INICIATIVA PRÓPRIA . . . . 1 PROPOSTO E ACEITE . . . . . . 2 IMPOSTO 3	
925	Não quero conhecer o resultado do teste, mas gostaria de saber se obteve o resultado do teste de SIDA efectuado?	SIM . . . . 1 NÃO 2	
926	Onde fez o teste? **INSISTA PARA IDENTIFICAR O TIPO DE LUGAR E CIRCULE O CÓDIGO APROPRIADO**. **SE NÃO CONSEGUIR DETERMINAR SE O HOSPITAL, O CENTRO DE SAÚDE, O CENTRO DE GATV OU A CLÍNICA É UM ESTABELECIMENTO PÚBLICO OU PRIVADO, INSCREVA O NOME DO LUGAR.** ____________________ **(NOME DO LUGAR)**	**SECTOR PÚBLICO** HOSPITAL . . . . A CENTRO DE SAÚDE . . . . . . B POSTO DE SAUDE . . . . C GATV . . D PMI CENTRAL . . . . E EQUIPA MÓVEL . . . . F OUTRO PÚBLICO __________ G (ESPECIFIQUE) **SECTOR PRIVADO** HOSPITAL/CLÍNICA PRIVADA MÉDICO PRIVADO . . . . H GATV /ONG . . . I EQUIPA MÓVEL . . . . J OUTRO PRIVADO __________ K (ESPECIFIQUE) **OUTRO** __________ X (ESPECIFIQUE)	→ 929
927	Conhece algum lugar onde se faz o teste de SIDA?	SIM . . . . 1 NÃO 2	 → 929
928	Onde se faz o teste de SIDA (onde fez o teste)? (Onde mais?) **INSISTA PARA IDENTIFICAR O TIPO DE LUGAR E CIRCULE O CÓDIGO APROPRIADO**. **SE NÃO CONSEGUIR DETERMINAR SE O HOSPITAL, O CENTRO DE SAÚDE, O CENTRO DE GATV OU A CLÍNICA É UM ESTABELECIMENTO PÚBLICO OU PRIVADO, INSCREVA O NOME DO LUGAR.** ____________________ **(NOME DO LUGAR)**	**SECTOR PÚBLICO** HOSPITAL . . . . A CENTRO DE SAÚDE . . . . . . B POSTO DE SAUDE . . . . C GATV . . D PMI . . . . E EQUIPA MÓVEL . . . . F OUTRO PÚBLICO __________ G (ESPECIFIQUE) **SECTOR PRIVADO** HOSPITAL/CLÍNICA PRIVADA MÉDICO PRIVADO . . . . H GATV /ONG . . . I EQUIPA MÓVEL . . . . J OUTRO PRIVADO __________ K (ESPECIFIQUE) **OUTRO** __________ X (ESPECIFIQUE)	
929	Você compraria legumes frescos num vendedor ou negociante se sabia que esta pessoa é infectada pelo vírus da SIDA?	SIM . . . . 1 NÃO . . . . 2 NÃO SABE 8	
930	Se um membro da sua familia contrair o virus da SIDA, você gostaria que o seu estatuto ficasse em segredo ou não?	SIM, FICA SEGREDO . . . . 1 NÃO . . . . 2 NÃO SABE/DEPENDE 8	
931	Se um membro da sua familia contrair o virus da SIDA, você estaria disposta a cuidar dele(a) no seu próprio agregado familiar?	SIM, FICA SEGREDO . . . . 1 NÃO . . . . 2 NÃO SABE/DEPENDE 8	
932	Se um/a professor/a tem o vírus da SIDA mas não está doente segundo a sua opinião, ele/a deveria ser autorizado/a a continuar a ensinar na escola?	AUTORIZADO A ENSINAR . . . . 1 NÃO AUTORIZADO A ENSINAR . . . . 2 NÃO SABE/DEPENDE 8	
932A	Conhece algum lugar onde se presta apoio à pessoas com vírus da SIDA?	SIM . . . . 1 NÃO 2	 → 932C

Nº	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS E CÓDIGOS	PASSE A
932B	Qual o lugar onde se presta apoio às pessoas infectadas com vírus da SIDA? (Algum outro lugar?) **ANOTE TUDO QUE FOR MENCIONADO**	**SECTOR PÚBLICO:** HOSPITAL .... A CENTRO DE SAÚDE .... B POSTO DE SAÚDE .... C PMI/PSR .... D EQUIPA MÓVEL .... E OUTRO ______ G (ESPECIFIQUE) **SECTOR PRIVADO:** CLÍNICA PRIVADA .... I ONG (ASPF/MÉDICO MUNDO/ETC.) .... J ACTIVISTAS .... K OUTRO ______ M (ESPECIFIQUE) **OUTRO LUGAR** ______ X (ESPECIFIQUE)	
932C	Alguma vez falou dos meios que evitam contrair o vírus da SIDA, com o seu namorado, marido/parceiro ou com outras pessoas?	SIM .... 1 NÃO 2	
932D	Durante as últimas 4 semanas, leu, ouviu/viu alguma informação acerca do VIH ou da SIDA?	SIM .... 1 NÃO 2	 → 940
932E	Nestas 4 últimas semanas as informações que leu, ouviu e viu sobre SIDA são provenientes de onde? (Mais algum lugar?). **ANOTE TUDO QUE FOR MENCIONADO**	RÁDIO .... A TELEVISÃO .... B JORNAL E REVISTA .... C PANFLETOS/CARTAZES .... D TRABALHADORES DE SAÚDE .... E IGREJA/MESQUITA .... F ESCOLA/PROFESSORES .... G PALESTRAS .... H TEATRO .... I AMIGOS/FAMILIARES/PARCEIRAS .... J LOCAL DE TRABALHO .... K OUTRO ______ .... X (ESPECIFIQUE)	
940	Deveria educar as crianças de 12-14 anos sobre a utilização do preservativo para evitar de contrair a SIDA?	SIM .... 1 NÃO .... 2 NÃO SABE/DEPENDE 8	
941	Deveria ensinar-se as crianças de 12-14 anos para esperar até ao casamento para terem relações sexuais para evitar contrair SIDA?	SIM .... 1 NÃO .... 2 NÃO SABE/DEPENDE 8	
942	**VERIFIQUE 901:** OUVIU FALAR DA SIDA ☐ ↓ Para além da SIDA, ouviu falar em outras infecções que se transmitem através de contacto sexual? NÃO OUVIU FALAR DA SIDA ☐ ↓ Ouviu falar de infecções que se transmitem através de contacto sexual?	SIM .... 1 NÃO 2	
943	**VERIFIQUE 618:** TEVE RELAÇÕES SEXUAIS ☐ ↓ NÃO TEVE RELAÇÕES SEXUAIS ☐ →		951
944	**VERIFIQUE 942:** OUVIU FALAR DE OUTRAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSIVEIS? SIM ☐ ↓ NÃO ☐ →		946

Nº	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS E CÓDIGOS	PASSE A
945	Agora, gostaria de lhe colocar algumas perguntas sobre a sua saúde. Nos últimos 12 meses, teve uma doença que contraiu através de relação sexual?	SIM . . . . 1 NÃO . . . . 2 NÃO SABE 8	
946	Por vezes, as mulheres têm corrimento vaginal anormal. Nos últimos 12 meses, teve corrimento vaginal anormal?	SIM . . . . 1 NÃO . . . . 2 NÃO SABE 8	
947	Por vezes, as mulheres podem ter ferida/úlcera genital. Nos últimos 12 meses, teve ferida/úlcera genital?	SIM . . . . 1 NÃO . . . . 2 NÃO SABE 8	
948	**VERIFIQUE 945, 946, E 947:** TEVE INFECÇÃO (PELO MENOS UM "**SIM**") ☐ NÃO TEVE INFECÇÃO OU NÃO SABE ☐		→ 951
949	A última vez que teve problemas mencionados nas perguntas 945/946/947, procurou um conselho ou um tratamento?	SIM . . . . 1 NÃO 2	 → 951
950	Onde procurou o conselho ou tratamento? (Onde mais?) **INSISTA PARA IDENTIFICAR O TIPO DE LUGAR E CIRCULE O CÓDIGO APROPRIADO.** **SE NÃO CONSEGUIR DETERMINAR SE O HOSPITAL, O CENTRO DE SAUDE, O CENTRO DE GATV OU A CLINICA E UM ESTABELECIMENTO PÚBLICO OU PRIVADO, INSCREVA O NOME DO LUGAR.** ____________________ **(NOME DO LUGAR)**	**SECTOR PÚBLICO:** HOSPITAL . . . . A CENTRO DE SAÚDE . . . . B POSTO DE SAÚDE . . . . C PMI/PSR . . . . D EQUIPA MÓVEL . . . . E AGENTE SAÚDE COMUNITÁRIC . . . . F OUTRO ________ G (ESPECIFIQUE) **SECTOR PRIVADO:** FARMÁCIA . . . . H CLÍNICA PRIVADA . . . . I ONG (ASPF/MÉDICO MUNDO/ETC.) . . . . J ACTIVISTAS . . . . K LOJAS/BARES/DISCOTECA . . . . L OUTRO ________ M (ESPECIFIQUE) **OUTRO LUGAR** ________ X (ESPECIFIQUE)	
951	Maridos e mulheres nem sempre concordam em tudo Se uma mulher souber que o seu marido tem uma doença que ela pode contrair durante as relações sexuais, acha que isso justifica que ela recusa de ter relações sexuais com ele?	SIM . . . . 1 NÃO . . . . 2 NÃO SABE 8	
952	Se uma mulher souber que o seu marido tem uma doença que ela pode contrair durante as relações sexuais, acha que isso justifica que ela lhe pede de utilizar um preservativo durante as relações sexuais?	SIM . . . . 1 NÃO . . . . 2 NÃO SABE 8	
953	Acha que se justifica que uma mulher recusa de ter relações sexuais com o seu marido porque ela está cansada ou não tem vontade?	SIM . . . . 1 NÃO . . . . 2 NÃO SABE 8	
954	Acha que se justifica que uma mulher recusa ter relações com o seu marido porque ela sabe que ele tem relações sexuais com uma outra mulher?	SIM . . . . 1 NÃO . . . . 2 NÃO SABE 8	
955	**VERIFIQUE 601:** ACTUALMENTE CASADA/ VIVENDO COM UM PARCEIRO ☐ NÃO EM UNIÃO ☐		→ 958
956	Pode recusar de ter relações sexuais com o seu marido/parceiro quando você não tem a vontade de ter relações?	SIM . . . . 1 NÃO . . . . 2 NÃO SABE/DEPENDE 8	
957	Poderia pedir ao seu marido/parceiro de usar um preservativo se você quisesse que ele usasse?	SIM . . . . 1 NÃO . . . . 2 NÃO SABE/DEPENDE 8	
958	Acha que os rapazes deveriam esperar o/a casamento/união para ter relações sexuais?	SIM . . . . 1 NÃO . . . . 2 NÃO SABE/DEPENDE 8	
959	Acha que a maioria dos rapazes que conhece, esperam o/a casamento/união para ter relações sexuais?	SIM . . . . 1 NÃO . . . . 2 NÃO SABE/DEPENDE 8	
960	Acha que homens não casados/união e que têm relações sexuais deveriam ter relações sexuais apenas com uma única parceira?	SIM . . . . 1 NÃO . . . . 2 NÃO SABE/DEPENDE 8	

Nº	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS E CÓDIGOS	PASSE A
961	Acha que maioria dos homens que conhece que não são casados e/ou em união e que têm relações sexuais, tenham-as apenas com uma única parceira?	SIM 1 NÃO . . . . 2 NÃO SABE/DEPENDE 8	
962	Acha que os homens casados/união deveriam ter relações sexuais apenas com as suas mulheres/parceiras?	SIM . . . . 1 NÃO . . . . 2 NÃO SABE/DEPENDE 8	
963	Acha que a maioria dos homens casados/união que conhece, têm relações sexuais apenas com as suas mulheres/parceiras?	SIM . . . . 1 NÃO . . . . 2 NÃO SABE/DEPENDE 8	
964	Acha que as raparigas deveriam esperar o/a casamento/união para ter relações sexuais?	SIM . . . . 1 NÃO . . . . 2 NÃO SABE/DEPENDE 8	
965	Acha que a maioria das raparigas que conhece, esperam o/a casamento/união para ter relações sexuais?	SIM . . . . 1 NÃO . . . . 2 NÃO SABE/DEPENDE 8	
966	Acha que mulheres não casadas/união e que têm relações sexuais deveriam ter relações sexuais apenas com um único parceiro?	SIM . . . . 1 NÃO . . . . 2 NÃO SABE/DEPENDE 8	
967	Acha que a maioria das mulheres que conhece, que não são casadas/união e que têm relações sexuais, têm relações sexuais apenas com um único parceiro?	SIM . . . . 1 NÃO . . . . 2 NÃO SABE/DEPENDE 8	
968	Acha que as mulheres casadas/união deveriam ter relações sexuais apenas com os seus maridos/parceiros?	SIM . . . . 1 NÃO . . . . 2 NÃO SABE/DEPENDE 8	
969	Acha que a maioria das mulheres casadas/união que conhece, têm relações sexuais apenas com os seus maridos/parceiros?	SIM . . . . 1 NÃO . . . . 2 NÃO SABE/DEPENDE 8	

SECÇÃO 10. OUTROS PROBLEMAS DE SAÚDE

Nº	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS E CÓDIGOS	PASSE A
1001	Alguma vez ouviu falar de uma doença chamada **tuberculose**?	SIM . . . . . . 1 NÃO 2	 → 1005
1002	Como é que a tuberculose se transmite de uma pessoa para a outra? (Outras maneiras mais?) **ANOTE TUDO QUE FOR MENCIONADO**	POR AR, QUANDO ALGUÉM INFECTADO TOS . . A PARTILHANDO UM UTENSÍLIO . . . . . B CONTACTO COM ALGUÉM INFECTADO . . . . . C ATRAVES DA ALIMENTAÇÃO . . . . . D POR CONTACTO SEXUAL . . . . . E PELA PICADA DOS MOSQUITOS . . . . . F OUTRO ______ . . . . X (ESPECIFIQUE) NÃO SABE . . . . . . Z	
1003	Pode-se curar a tuberculose?	SIM . . . . . . 1 NÃO . . . . . . 2 NÃO SABE 8	
1004	Se um membro da sua família estiver infectado com a tuberculose gostaria que isso ficasse em segredo ou não?	SIM . . . . . . 1 NÃO . . . . . . 2 NÃO SABE/DEPENDE 8	
1005	Agora, gostaria de lhe fazer algumas perguntas concernente à problema de saúde. Nos últimos 12 meses, foi-lhe aplicado uma injecção por qualquer razão? **SE SIM**: Quantas injecções lhe fora aplicada? SE O NÚMERO DE INJECÇAO FOR SUPERIOR A 90, OU FOI FEITA DIARIAMENTE DURANTE UM PERÍODO DE 3 MESES OU MAIS, DEVE-SE ASSINALAR "**90**" **CASO HAJA UMA RESPOSTA NÃO NUMÉRICA, INSISTA PARA OBTER PELO MENOS UMA ESTIMAÇÃO.**	NÚMERO DE INJECÇÕES . . . [ ][ ] NENHUM 00	 → 1009
1006	Entre essas injecções, quantas foram feitas por um médico, uma enfermeira, um farmaceutico, um dentista, ou por um outro agente de saúde? **SE O NÚMERO DE INJECÇÕES SÃO SUPERIOR A 90, OU SE AS INJECÇÕES ERAM DIÁRIAS DURANTE 3 MESES OU MAIS, REGISTE '90'** **NO CASO DE RESPOSTA NÃO-NUMÉRICA, INSISTA PARA OBTER UMA ESTIMATIVA.**	NÚMERO DE INJECÇÕES . . . [ ][ ] NENHUMA 00	 → 1009
1007	A última vez que tomou uma injecção feita por um técnico de saúde, aonde foi fazer a injecção? **INSISTA PARA IDENTIFICAR O TIPO DE LUGAR E CIRCULE O CÓDIGO APROPRIADO.** **SE NÃO CONSEGUIR DETERMINAR SE O HOSPITAL, O CENTRO DE SAÚDE, OU A CLÍNICA É UM ESTABELECIMENTO PÚBLICO OU PRIVADO, INSCREVA O NOME DO LUGAR.** ______ **(NOME DO LUGAR)**	**SECTOR PÚBLICO** HOSPITAL . . . . . . 11 CENTRO DE SAÚDE . . . . . . 12 POSTO DE SAUDE . . . . . . 13 OUTRO PÚBLICO ______ 16 (ESPECIFIQUE) **SECTOR PRIVADO** HOSPITAL/CLÍNICA PRIVADA MÉDICO PRIVADO . . . . . . 21 GABINETE/CLÍNICA DENTÁRIA . . 22 FARMÁCIA . . . . . . 23 GABINETE/DOMICÍLIO ENFERMEIRO, TÉCNICO DE SAÚDE . . . . . . 24 OUTRO PRIVADO ______ 26 (ESPECIFIQUE) **OUTRO LUGAR** A DOMICÍLIO . . . . . . 31 OUTRO ______ 96 (ESPECIFIQUE)	
1008	O agente de saúde que lhe aplicou a injecção tem utilizado uma seringa ou agulha nova (extraído de um oacote fechado e novo)?	SIM . . . . . . 1 NÃO . . . . . . 2 NÃO SABE 8	
1009	Actualmente, você fuma algum cigarro/charuto?	SIM . . . . . . 1 NÃO 2	 → 1011
1010	Nos últimos 24 horas, quantos cigarros/charutos fumou?	CIGARROS . . . . . . [ ][ ]	
1011	Actualmente, você fuma ou utiliza outro tipo de tabaco?	SIM . . . . . . 1 NÃO 2	 → 1013

Nº	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS E CÓDIGOS	PASSE A
1012	Qual o outro tipo de tabaco que você fuma ou utiliza actualmente? **"ANOTE TUDO QUE FOR MENCIONADO"**	CACHIMBO . . . . A TABACO PARA MASCA . . . . B TABACO PARA CHEIRAR .... C OUTRO ________________ . . . . . X (ESPECIFIQUE)	
1013	Acontece que por diferentes razões, as mulheres não conseguem obter um parecer sobre o seu estado de saúde ou se curar. Quando está doente e quer saber do seu estado de saúde ou fazer um tratamento, para você, as razões seguintes constituem um problema importante ou não? a) Obter a autorização para ir? b) Obter o dinheiro necessário para o tratamento? c) A distância para chegar ao estabelecimento de saúde? d) Estar obrigada de tomar um transporte? e) Não querer ir sozinha? f) Preocupada de não encontrar pessoal de saúde feminino? g) Preocupada de não achar um pessoal de saúde? h) Preocupada para não ter medicamentos disponíveis?	PROBLEMA: IMPORTANTE / NÃO IMPORT. AUTORIZAÇÃO DE IR 1 2 TER DINHEIRO 1 2 DISTÂNCIA 1 2 TOMAR TRANSPORTE 1 2 IR SOZINHA 1 2 PESSOAL SAÚDE FEMININO 1 2 NENHUM PESSOAL DE SAÚDE 1 2 NENHUM MEDICAMENTO 1 2	
1014	Você é beneficiado da assistência médica e medicamentosa, ou seja, possui um seguro de saúde?	SIM . . . . 1 NÃO 2	 → 1016
1015	Qual o tipo de assistência médica e medicamentosa que benefia ou seja, que tipo de seguro de saúde? **"ANOTE TUDO QUE FOR MENCIONADO"**	SEGURANÇA DE SAÚDE COMUNITÁRIO . . A SEGURANÇA DE SAÚDE NO EMPREGO B SEGURANÇA SOCIAL . . . . C OUTRA SEGURANÇA PRIVADA . . . . . . D OUTRO ________________ . . . . . X (ESPECIFIQUE)	
1016	**CONFIRA 217:** A CRIANÇA (MAIS NOVA) ☐ TEM O-17 ANOS ↓ OUTRO ☐		→ 1018
1017	**Agora, vamos falar dos seus próprios filhos que têm menos de 18 anos de idade.** Tomou providências para que alguém se ocupasse dos seus filhos, caso estivesse doente ou sem condições de se ocupar?	SIM . . . . 1 NÃO . . . . 2 NÃO SABE/INSEGURO 8	
1018	Para além dos seus próprios filhos, você tem na sua responsabilidade de outras crianças de menos de 18 anos?	SIM . . . . 1 NÃO 2	 → 1101
1019	Tomou providências para que alguém se ocupasse de outras crianças ao seu cuidado, que não são seus filhos, caso estivesse doente ou sem condições de se ocupar deles?	SIM . . . . 1 NÃO . . . . 2 NÃO SABE/INSEGURO 8	

SECÇÃO 11. MORTALIDADE MATERNA

N°.	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS E CODIGOS	PASSE A
1101	**Agora gostaria de lhe perguntar sobre os seus irmãos e irmãs, ou seja, sobre todos os filhos e filhas da sua mãe biologica.** A sua mãe deu a luz a outras criancas para além de você?	SIM . . . . 1 NÃO 2	 → 1108
1102	A sua mãe deu a luz a quantos rapazes que ainda estão vivos?	RAPAZES VIVOS	
1103	Para além da senhora, a sua mãe deu a luz a quantas meninas que ainda estão vivas?	MENINAS VIVAS	
1104	Quantos rapazes a sua mãe teve e que faleceram?	RAPAZES FALECIDOS	
1105	Quantas meninas a sua mãe teve e que faleceram?	MENINAS FALECIDAS	
1106	A sua mãe deu a luz a outros filhos/filhas para os quais você não sabe se estão vivos ou mortos?	SIM . . . . 1 NÃO 2	 → 1108
1107	Quantos/as filhos/as a sua mãe deu a luz e para os quais você não sabe se estão vivos ou mortos?	OUTROS FILHOS/AS	
1108	FAÇA A SOMA DAS RESPOSTAS A Q. 1102, 1103, 1104, 1105 E 1107, ACRESCENTE 1 (A INQUIRIDA) E REGISTE O TOTAL.	TOTAL	
1109	**VERIFIQUE 1108:** Gostaria de certificar se entendi bem: A sua mãe teve no TOTAL _____ crianças que nasceram vivas, incluindo a senhora. É mesmo esse número? SIM ☐ ↓ NÃO ☐ → INSISTA E CORRIJA 1102 a 1108 CORRECTAMENTE		
1110	**VERIFIQUE 1108:** DOIS NASCIMENTOS OU MAIS ☐ ↓ SOMENTE UM NASCIMENTO (SOMENTE A INQUIRIDA) ☐ →		1200
1111	Quantos filhos/as nascidos/as vivos/as a sua mãe teve antes da senhora?	NÚMERO DE NASCIMENTOS PRECEDENTES	

1112	Qual o nome do/a seu/sua irmão/irmã mais velho/a (ou o seguinte)	[1] ________	[2] ________	[3] ________	[4] ________	[5] ________	[6] ________
1113	(NOME) é do sexo masculino ou feminino ?	MASC. 1 FEM. 2	MASC. 1 FEM. 2	MASC. 1 FEM. 2	MASC. 1 FEM. 2	MASC. 1 FEM. 2	MASC. 1 FEM. 2
1114	(NOME) ainda esta vivo/viva?	SIM .... 1 NÃO .... 2 → IR A 1116 NS .... 8 → IR A [2]	SIM .... 1 NÃO .... 2 → IR A 1116 NS .... 8 → IR A [3]	SIM .... 1 NÃO .... 2 → IR A 1116 NS .... 8 → IR A [4]	SIM .... 1 NÃO .... 2 → IR A 1116 NS .... 8 → IR A [5]	SIM .... 1 NÃO .... 2 → IR A 1116 NS .... 8 → IR A [6]	SIM .... 1 NÃO .... 2 → IR A 1116 NS .... 8 → IR A [7]
1115	Qual a idade de (NOME) ?	☐☐ IR A [2]	☐☐ IR A [3]	☐☐ IR A [4]	☐☐ IR A [5]	☐☐ IR A [6]	☐☐ IR A [7]
1116	Há quantos anos faleceu o/a (NOME)?	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐
1117	Que idade tinha o/a (NOME) quando ele/ ela faleceu **SE NÃO SABE, INSISTA:** Sera que o/a (NOME) faleceu antes dos doze anos de idade? **SE 'SIM', ANOTE '95' SE NÃO, FAZ OUTRAS PERGUNTAS PARA OBTER UMA ESTIMAÇÃO. POR EXEMPLO:** (NOME) faleceu antes de casar?	☐☐ SE HOMEM OU MULHER FALECIDA ANTES DA IDADE DE 12 ANOS, OU '95' IR A [2]	☐☐ SE HOMEM OU MULHER FALECIDA ANTES DA IDADE DE 12 ANOS, OU '95' IR A [3]	☐☐ SE HOMEM OU MULHER FALECIDA ANTES DA IDADE DE 12 ANOS, OU '95' IR A [4]	☐☐ SE HOMEM OU MULHER FALECIDA ANTES DA IDADE DE 12 ANOS, OU '95' IR A [5]	☐☐ SE HOMEM OU MULHER FALECIDA ANTES DA IDADE DE 12 ANOS, OU '95' IR A [6]	☐☐ SE HOMEM OU MULHER FALECIDA ANTES DA IDADE DE 12 ANOS, OU '95' IR A [7]
1118	(NOME) estava grávida quando faleceu?	SIM ... 1 → IR A 1121 NÃO ... 2	SIM ... 1 → IR A 1121 NÃO ... 2	SIM ... 1 → IR A 1121 NÃO ... 2	SIM ... 1 → IR A 1121 NÃO ... 2	SIM ... 1 → IR A 1121 NÃO ... 2	SIM ... 1 → IR A 1121 NÃO ... 2
1119	(NOME) faleceu durante o parto?	SIM ... 1 → IR A 1121 NÃO ... 2	SIM ... 1 → IR A 1121 NÃO ... 2	SIM ... 1 → IR A 1121 NÃO ... 2	SIM ... 1 → IR A 1121 NÃO ... 2	SIM ... 1 → IR A 1121 NÃO ... 2	SIM ... 1 → IR A 1121 NÃO ... 2
1120	(NOME) faleceu dois meses seguinte após a gravidez, ou dois meses após o parto?	SIM ... 1 NÃO ... 2	SIM ... 1 NÃO ... 2	SIM ... 1 NÃO ... 2	SIM ... 1 NÃO ... 2	SIM ... 1 NÃO ... 2	SIM ... 1 NÃO ... 2
1121	Quantos filhos/as nascidos vivos/as (NOME) durante a vida?	☐☐ IR A [2]	☐☐ IR A [3]	☐☐ IR A [4]	☐☐ IR A [5]	☐☐ IR A [6]	☐☐ IR A [7]
SE MAIS NENHUM(A) IRMÃO(A) IR A 1200							

1112	Qual o nome do/a seu/sua irmão/irmã mais velho/a (ou o seguinte)	[7] ________	[8] ________	[9] ________	[10] ________	[11] ________	[12] ________
1113	(NOME) é do sexo masculino ou féminino ?	MASC. 1 FEM. 2	MASC. 1 FEM. 2	MASC. 1 FEM. 2	MASC. 1 FEM. 2	MASC. 1 FEM. 2	MASC. 1 FEM. 2
1114	(NOME) ainda esta vivo/viva?	SIM .... 1 NÃO .... 2 → IR A 1116 NS .... 8 → IR A [8]	SIM .... 1 NÃO .... 2 → IR A 1116 NS .... 8 → IR A [9]	SIM .... 1 NÃO .... 2 → IR A 1116 NS .... 8 → IR A [10]	SIM .... 1 NÃO .... 2 → IR A 1116 NS .... 8 → IR A [11]	SIM .... 1 NÃO .... 2 → IR A 1116 NS .... 8 → IR A [12]	SIM .... 1 NÃO .... 2 → IR A 1116 NS .... 8 → IR A [13]
1115	Qual a idade de (NOME) ?	☐☐ IR A [8]	☐☐ IR A [9]	☐☐ IR A [10]	☐☐ IR A [11]	☐☐ IR A [12]	☐☐ IR A [13]
1116	A quantos anos faleceu o/a (NOME)?	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐
1117	Que idade tinha o/a (NOME) quando ele/ ela faleceu **SE NÃO SABE, INSISTIR:** Sera que o/a (NOME) faleceu antes dos doze anos de idade? **SE 'SIM', ANOTE '95' SE NÃO, FAZ OUTRAS PERGUNTAS PARA OBTER UMA ESTIMAÇÃO. POR EXEMPLO:** (NOMe) faleceu antes de casar?	☐☐ SE HOMEM OU MULHER FALECIDA ANTES DA IDADE DE 12 ANOS, OU '95' IR A [8]	☐☐ SE HOMEM OU MULHER FALECIDA ANTES DA IDADE DE 12 ANOS, OU '95' IR A [9]	☐☐ SE HOMEM OU MULHER FALECIDA ANTES DA IDADE DE 12 ANOS, OU '95' IR A [10]	☐☐ SE HOMEM OU MULHER FALECIDA ANTES DA IDADE DE 12 ANOS, OU '95' IR A [11]	☐☐ SE HOMEM OU MULHER FALECIDA ANTES DA IDADE DE 12 ANOS, OU '95' IR A [12]	☐☐ SE HOMEM OU MULHER FALECIDA ANTES DA IDADE DE 12 ANOS, OU '95' IR A [13]
1118	(NOME) estava grávida quando faleceu?	SIM ... 1 → IR A 1121 NÃO ... 2	SIM ... 1 → IR A 1121 NÃO ... 2	SIM ... 1 → IR A 1121 NÃO ... 2	SIM ... 1 → IR A 1121 NÃO ... 2	SIM ... 1 → IR A 1121 NÃO ... 2	SIM ... 1 → IR A 1121 NÃO ... 2
1119	(NOME) faleceu durante o parto?	SIM ... 1 → IR A 1121 NÃO ... 2	SIM ... 1 → IR A 1121 NÃO ... 2	SIM ... 1 → IR A 1121 NÃO ... 2	SIM ... 1 → IR A 1121 NÃO ... 2	SIM ... 1 → IR A 1121 NÃO ... 2	SIM ... 1 → IR A 1121 NÃO ... 2
1120	(NOME) faleceu nos dois meses seguintes ao fim da gravidez, ou dois meses após o parto?	SIM ... 1 NÃO ... 2	SIM ... 1 NÃO ... 2	SIM ... 1 NÃO ... 2	SIM ... 1 NÃO ... 2	SIM ... 1 NÃO ... 2	SIM ... 1 NÃO ... 2
1121	Quantos filhos/as nascidos vivos/as (NOME) durante a vida?	☐☐ IR A [8]	☐☐ IR A [9]	☐☐ IR A [10]	☐☐ IR A [11]	☐☐ IR A [12]	☐☐ IR A [13]

SE MAIS NENHUM(A) IRMÃO(A) IR A 1200

SECÇÃO 12 RELAÇÕES NO AGREGADO FAMILIAR

No.	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS E CODIGOS	PASSE A
1200	VERIFIQUE A PAG. DE COBERTURA AGREG. FAMILIAR **SELECCIONADO** PARA A SECÇÃO 12 E **O NÚMERO DA LINHA DA MULHER SELECCIONADA** MULHER **SELECCIONADA** PARA SECÇÃO 12 SIM ☐ MULHER **NAO SELECCIONADA** ☐		1235
1201	**VERIFIQUE SE HA PRESENÇA DE UMA OUTRA PESSOA NO LOCAL:** NAO CONTINUE ENQUANTO HOUVER PRESENÇA DE UMA OUTRA PESSOA NO LOCAL. ANOTE O CODIGO CORRESPONDENTE A SITUAÇAO E SEGUE AS INSTRUÇOES EM PRIVADO .... 1 PRIVACIDADE IMPOSSÌVEL 2		1234
	PARA LER A INQUIRIDA ANTES DO INICIO DA ENTREVISTA Agora gostaria de fazer-lhe algumas perguntas sobre alguns aspectos ligados à Violência Doméstica. Algumas dessas perguntas são muito pessoais. Mas as suas respostas serão muito importantes para ajudar-nos a compreender a situação da mulher em STP. Tem a garantia de que as suas respostas serão totalmente confidenciais ou seja, não serão reveladas à nenhuma pessoa. Será a única pessoa da sua casa a responder a estas perguntas, de tal forma que ninguém saberá que respondeu a tais perguntas. Se qualquer pessoa chegar enquanto estarmos a fazer a entrevista, mudaremos de assunto.		
1202	**VERIFIQUE 601, 602 E 603:** ACTUALMENTE CASADA/VIVE COM UM HOMEM (CODE 1 OU 2 CIRCUNDADO Q.601) ☐ DIVORCIADA/ SEPARADA/ VIUVA (CODIGO 1 OU 2 OU 3 Q 603) ☐ NUNCA EM UNIÃO/ NUNCA VIVEU COM UM HOMEM (CODIGO 3 CIRCUNDADO A Q.602) ☐		1214

No.	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS E CODIGOS	FREQUENTE MENTE	AS VEZES	NUN CA	PASSE A
1202A	Quando duas pessoas são casadas ou vivem em união, partilham momentos agradáveis e não agradáveis. No seu relacionamento com o seu (ultimo) marido/companheiro ocorre (ocorrereu) frequentemente, as vezes, ou nunca, os seguintes os factos?					
	a) Ele passa (passava) habitualmente o seu tempo livre com você?	TEMPO LIVRE	1	2	3	
	b) Ele pede (pedia) a sua opinião sobre diferentes assuntos da casa?	OPINIÃO	1	2	3	
	c) Ele é (era) carinhoso/afectuoso com você?	AFEIÇÃO	1	2	3	
	d) Ele respeita-lhe (respeitava-lhe)	RESPEITO	1	2	3	

No.	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS E CODIGOS	SIM	NÃO	N S	PASSE A
1203	As questões que se seguem referem-se a situações que as mulheres podem ser confrontadas. Por favor, diga-me, se o seu (ultimo) marido/parceiro tem/teve algum dos seguintes comportamentos):					
	a) Sente/sentia ciúmes ou raiva quando fala (va) com outros homens?	CIÚMES	1	2	8	
	b) Acusa-lhe/acusava-lhe de vez em quando de infidelidade?	INFEDILIDADE	1	2	8	
	c) Não lhe permite/permitia conviver com as suas amigas?	VER AMIGAS	1	2	8	
	d) Tenta/tentava limitar os seus contactos com a sua família de origem?	VISITA FAMILIAR	1	2	8	
	e) Insiste/insistia para saber onde está/estava a quaisquer momentos?	ONDE ESTÁ	1	2	8	
	f) Não tem/tinha confiança em você no que diz respeito a dinheiro?	DINHEIRO .	1	2	8	

No.	PERGUNTAS E FILTROS		CATEGORIAS E CODIGOS			PASSE A
1204	Gostaria de fazer-lhe outras perguntas sobre o seu relacionamento com o seu (ultimo) marido/parceiro. **A** Alguma vez o seu (último) marido/parceiro:		**B** **VERIFIQUE 603: NÃO COLOQUE A PERGUNTA SE INQUIRIDA É VIÚVA** nos últimos 12 meses aconteceu frequentemente, as vezes ou nunca?PARA DIVORCIADAS/SEPARADAS, COLOQUE nos últimos 12 meses isso aconteceu frequentemente, as vezes ou nunca ?			
			FREQUENTE	**AS VEZES**	**NUNCA**	
	a) Lhe humilhou diante de outra pessoa (ou seja, lhe disse, lhe fez algo que a deixasse mal diante de outras pessoas)?	SIM 1→ NÃO 2↓	1	2	3	
	b) Lhe ameaçou seriamente (com maldade), ou a outra pessoa que lhe é próxima?	SIM 1→ NÃO 2↓	1	2	3	
	c) Lhe insultou ou abaixou?	SIM 1→ NÃO 2↓	1	2	3	
1205	**A** Alguma vez o seu (último) marido/parceiro:		**B** VERIFIQUE 603: NÃO COLOQUE **A PERGUNTA SE INQUIRIDA É VIÚVA** nos últimos 12 meses issto aconteceu frequentemente, as vezes ou nunca?			
			FREQUENTE	**AS VEZES**	**NUNCA**	
	a) Lhe empurrou, lhe sacudiu brutalmente ou lhe atirou algo ?	SIM 1→ NÃO 2↓	1	2	3	
	b) Lhe esbofeteou?	SIM 1→ NÃO 2↓	1	2	3	
	c) lhe torceu o braço ou lhe puxou pelos cabelos?	SIM 1→ NÃO 2↓	1	2	3	
	d) Lhe Bateu a soco ou com qualquer objecto que podia lhe magoar?	SIM 1→ NÃO 2↓	1	2	3	
	e) Lhe deu pontapés ou lhe arrastou pelo chão?	SIM 1→ NÃO 2↓	1	2	3	
	f) Tentou lhe estrangular ou queimar?	SIM 1→ NÃO 2↓	1	2	3	
	g) Lhe ameaçou com faca, pistola ou com outro tipo de arma?	SIM 1→ NÃO 2↓	1	2	3	
	h) Lhe forçou fisicamente a ter relações sexuais contra a sua vontade?	SIM 1→ NÃO 2↓	1	2	3	
	i) Lhe obrigou a praticar outros tipos de actos sexuais contra a sua vontade?	SIM 1→ NÃO 2↓	1	2	3	
1206	**VERIFIQUE '1205A (a-i):** PELO MENOS UM "SIM" ☐↓	NENHUM "SIM" ☐	→			1209
1207	Após quanto tempo de casamento/união o seu (ultimo) marido/parceiro começou a ter este(s) comportamento(s) pela primeira vez? **SE MENOS DE 1 ANO, ANOTE '00'.**		NUMERO DE ANOS . . . . [ ][ ] ANTES CASAMENTO/UNIÃO . 95			

No.	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS E CODIGOS	PASSE A
1208	Na sequência de algum comportamento do seu (ultimo) marido/parceiro, lhe aconteceu um dos seguintes problemas:		
	a) Ter Hematomas ?	SIM . . . . 1 NÃO 2	
	b) Ter hematomas nos olhos, entorse, ou queimaduras?	SIM . . . . 1 NÃO 2	
	c) Ter feridas profundas, um osso fracturado, dentes quebrados ou outras feridas graves?	SIM . . . . 1 NÃO 2	
1209	Alguma vez bateu, esbofeteou, deu pontapés, soco, ou fez algo para agredir o seu (ultimo) marido/parceiro, sem que este lhe tenha, agredido fisicamente?	SIM . . . . 1 NÃO 2	 → 1212
1210	**VERIFIQUE 603:** A INQUIRIDA NÃO É VIÚVA ☐ ↓	A INQUIRIDA É VIÚVA ☐ →	1212
1211	Nos últimos 12 meses, quantas vezes bateu, esbofeteou, deu ponta pés, ou fez algo para agredir o seu (ultimo) marido/parceiro?	NUMERO DE VEZES .... ☐☐ ..	
1212	O seu (ultimo) marido/parceiro costuma (va) beber bebida alcoolica?	SIM . . . . 1 NÃO 2	 → 1214
1213	O seu (ultimo) marido/parceiro costuma (va) embriagar-se frequentemente, algumas vezes ou nunca ?	FREQUENTEMENTE .... 1 ALGUMAS VEZES .... 2 NUNCA 3	
1214	**VERIFIQUE 601, 602 E 603:** CASADA/EM UNIAO SEPARADA/DIVORCIADA /VIUVA ☐ ↓ Desde a idade de 15 anos, uma outra pessoa além do seu (actual/ultimo) marido/parceiro, lhe bateu, lhe esbofeteou, lhe deu ponta pés ou fez algo para lhe agredir fisicamente ? NUNCA CASADA/NUNCA VIVEU EM UNIAO ☐ ↓ Desde a idade de 15 anos, alguém, lhe bateu, lhe esbofeteou, lhe deu ponta pé ou fez algo para lhe agredir fisicamente ?	SIM . . . . 1 NÃO . . . . 2 RECUSA RESPONDER/ NAO RESPONDEU 3	 → 1217
1215	Quem lhe agrediu fisicamente? (Tem mais alguém?) **CIRCULE TUDO QUE FOR MENCIONADO**	MAE.. A PAI .... B NOVA MULHER DO SEU PA.......... C MADRASTA/PADRAST(................ D IRMA .... E IRMAO .... F FILHA .... G FILHO . . . . H EX-MARIDO/EX-COMPANHEIR(..... I NAMORADO .... J EX-NAMOR/PARC.SEXUAL ACTUAL K SOGROS .... L OUTROS PARENTES POR ALIANÇA M RIVAL/AMIGA DO PARCEIRO .... N AMIGOS .... O PROFESSOF.............................. P EMPREGADOR.......................... Q OUTRO ________ X (ESPECIFÍQUE)	
1216	Nos 12 últimos meses, quantas vezes, esta pessoa lhe bateu, lhe esbofeteou, lhe deu ponta pés ou fez algo para lhe agredir fisicamente?	NUMERO DE VEZES .... ☐☐ ..	

No.	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS E CODIGOS	PASSE A
1217	**VERIFIQUE 201, 226 E 229:** JÁ ESTEVE GRÁVIDA **(SIM A 201 OU 226 OU 229)** ☐ ↓ NUNCA ESTEVE GRAVIDA ☐ →		1220
1218	Alguma vez alguém lhe bateu, lhe esbofeteou, lhe deu pontapés ou fez algo para lhe agredir fisicamente, enquanto esteve grávida?	SIM . . . . 1 NÃO 2	 → 1220
1219	Quem lhe agrediu fisicamente enquanto esteve grávida? (Tem mais alguém?) **CIRCULE TUDO QUE FOR MENCIONADO**	MARIDO/PARCEIRO ACTUAL . . . . A MÃE/NOVA MULHER DO PAI . . . . B PAI/NOVO MARIDO DA MÃE C IRMÃ/IRMÃO . . . . D FILHO/FILHA . . . . E OUTROS PARENTES . . . . F EX-MARIDO/PARCEIRO . . . . G NAMORADO ACTUAL . . . . H EX- NAMORADO . . . . I SOGRA . . . . J SOGRO . . . . K OUTROS PARENTES POR ALLIANÇ/ L PROFESSOR . . . . M EMPREGADOR . . . . N POLICIA/SOLDADO . . . . O OUTRO ____________ X (ESPECIFÍQUE)	
1220	**VERIFICAR 618: JÁ TEVE RELAÇÕES SEXUAIS?** JÁ TEVE RELAÇÕES SEXUAIS ☐ ↓ NUNCA TEVE RELAÇÕES SEXUAIS ☐ →		1225
1221	A primeira vez que teve relações sexuais, queria mesmo ter esta relação sexual ou foi forçada e teve a relação contra a sua vontade?	VOLUNTÁRIO 1 FOI FORÇADA . . . . 2 RECUSA RESPONDER/ NAO RESPONDEU 3	
1222	**VERIFIQUE 601 E 602:** FOI/ESTÁ CASADA OU ESTÁ EM UNIÃO ☐ ↓ — Nos últimos 12 meses alguma outra pessoa sem ser seu marido/parceiro forçou-lhe a ter relações sexuais contra a sua vontade? NUNCA ESTEVE CASADA OU EM UNIÃO ☐ ↓ — Nos últimos 12 meses alguma outra pessoa sem ser seu marido/parceiro forçou-lhe a ter relações sexuais contra a sua vontade?	SIM . . . . 1 NÃO . . . . 2 RECUSA RESPONDER/ NAO RESPONDEU 3	
1223	**VERIFIQUE 1221 E 1222:** 1221 ='1' OU '3' E '1222 ='2' OU '3' ☐ ↓ OUTRO ☐ →		1226
1224	**VERIFIQUE 1205(h) E 1205(i):** 1205(h) NÃO IGUAL A '1' E '1205(i) NÃO IGUAL A '1' ☐ ↓ OUTRO ☐ →		1228
1225	Em qualquer momento da sua vida, quando era criança ou adulta, alguém a forçou por qualquer meio para ter relações sexuais ou para praticar qualquer outro acto sexual?	SIM . . . . 1 NÃO . . . . 2 RECUSA RESPONDER/ NÃO RESPONDEU 3	 1228 (2, 3)
1226	Quantos anos tinha quando pela primeira vez foi forçada a ter relações sexuais ou a praticar qualquer outro acto sexual?	IDADE . . . . ☐☐ NÃO SABE 98	

No.	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS E CODIGOS	PASSE A
1227	Qual foi a pessoa que lhe forçou naquele momento?	MARIDO/PARCEIRO ACTUAL .... 01 EX-MARIDO/PARCEIRO 02 NAMORADO ACTUAL/EX NAMOR. 03 PAI .... 04 SOGRO .... 05 OUTROS PARENTES .... 06 OUTROS PARENTES POR ALIANÇA 07 AMIGO/ENCONTRO PESSOAL 08 AMIGO DA FAMÍLIA .... 09 PROFESSOR .... 10 EMPREGADOR .... 11 POLICIA/SOLDADO .... 12 ESTRANGEIRO .... 13 DESCONHECIDO......................... 14 OUTRO ______ 96 (ESPECIFIQUE)	
1228	**VERIFIQUE 1205A (a-i), 1213, 1217, 1221 E 1224:** PELO MENOS UM 'SIM' ☐ ↓ NENHUM SIM' ☐		→ 1232
1229	No que concerne a tudo aquilo que nós falamos (agressão física ou violação), tentou procurar ajuda para que essa ou essas pessoas deixasse de lhe fazer isso?	SIM .... 1 NÃO 2	 → 1231
1230	A quem pediu ajuda ? Tem mais alguém? **ANOTE TODAS AS RESPOSTAS.**	PROPRIA FAMILIA A FAMILIA DO MARIDO/PARCEIRO ... B MARIDO/PARCEIRO .... ACTUAL/PRECEDENTE .... C NAMORADO ACTUAL/EX NAMOR. D AMIGO....................................... E VIZINHO .... F RELIGIOSO .... G MÉDICO/PESSOAL DA SAUDE .... H POLICIA .... I ADVOGADO .... J SERVIÇO SOCIAL .... K OUTRO ______ X (ESPECIFIQUE)	→ 1232
1231	Nunca falou desse assunto com alguém?	SIM .... 1 NÃO 2	
1232	Alguma vez o seu pai agrediu a sua mãe?	SIM .... 1 NÃO .... 2 NAO SABE 8	
1232A	Alguma vez a sua mãe agrediu o seu pai?	SIM .... 1 NÃO .... 2 NAO SABE 8	

AGRADEÇA A INQUIRIDA PELA SUA COLABORAÇÃO E ASSEGURA-LHE DA CONFIDENCIALIDADE DA ENTREVISTA.
RESPONDA AS SEGUINTES QUESTÕES LIMITANDO-SE À PARTE RELATIVA À VIOLÊNCIA DOMESTICA.

No.	Pergunta		SIM 1VEZ	SIM, MAIS DE1 VEZ	NÃO	NÃO APLICAV.
1233	Interrompeu a entrevista alguma vez porque uma das pessoas que agrediu a inquirida, alguma outra pessoa tentava escutar, ou alguém aproximava-se do local da entrevista ou tentava intervir?	MARIDO/PARCEIRO	1	2	3	4
		OUTRO HOMEM ADULTO . .	1	2	3	4
		MULHER ADULTA	1	2	3	4

No.			
1234	**CASO A ENTREVISTA DA (SECÇAO 12) NAO FOR TERMINADA, EXPLIQUE AS RAZOES** ______ ______		
1235	**ANOTE A HORA**	HORA .... MINUTOS	☐☐ ☐☐

INSTRUÇÕES:
APENAS UM CÓDIGO DEVE CONSTAR EM CADA CASELA .
TODOS OS MESES DEVEM SER PREENCHIDOS.

CÓDIGOS A UTILIZAR.

NASCIMENTOS, GRAVIDEZES, UTILIZAÇÃO DA CONTRACEPÇÃO

- N NASCIMENTOS
- G GRAVIDEZES
- F FIM DE GRAVIDEZ

- 0 NENHUM MÉTODO
- 1 ESTERILIZAÇÃO FEMININA
- 2 ESTERILIZAÇÃO MASCULINA
- 3 PÍLULA
- 4 DIU
- 5 INJECÇÕES
- 6 IMPLANTES
- 7 PRESERVATIVO MASCULINO
- 8 PRESERVATIVO FEMININO
- 9 DIAFRAGMA
- J ESPERMICIDAS
- K MAMA
- L TABELA/ABSTINÊNCIA PERIÓDICA
- M COITO INTERROMPIDO
- X OUTRO ______________________________
(ESPECIFIQUE)

				Col. 1	
	12	DEZ	01		
	11	NOV	02		
	10	OUT	03		
	09	SET	04		
2	08	AGO	05		2
0	07	JUL	06		0
0	06	JUN	07		0
8	05	MAI	08		8
	04	ABR	09		
	03	MAR	10		
	02	FEV	11		
	01	JAN	12		
	12	DEZ	13		
	11	NOV	14		
	10	OUT	15		
	09	SET	16		
2	08	AGO	17		2
0	07	JUL	18		0
0	06	JUN	19		0
7	05	MAI	20		7
	04	ABR	21		
	03	MAR	22		
	02	FEV	23		
	01	JAN	24		
	12	DEZ	25		
	11	NOV	26		
	10	OUT	27		
	09	SET	28		
2	08	AGO	29		2
0	07	JUL	30		0
0	06	JUN	31		0
6	05	MAI	32		6
	04	ABR	33		
	03	MAR	34		
	02	FEV	35		
	01	JAN	36		
	12	DEZ	37		
	11	NOV	38		
	10	OUT	39		
	09	SET	40		
2	08	AGO	41		2
0	07	JUL	42		0
0	06	JUN	43		0
5	05	MAI	44		5
	04	ABR	45		
	03	MAR	46		
	02	FEV	47		
	01	JAN	48		
	12	DEZ	49		
	11	NOV	50		
	10	OUT	51		
	09	SET	52		
2	08	AGO	53		2
0	07	JUL	54		0
0	06	JUN	55		0
4	05	MAI	56		4
	04	ABR	57		
	03	MAR	58		
	02	FEV	59		
	01	JAN	60		
	12	DEZ	61		
	11	NOV	62		
	10	OUT	63		
	09	SET	64		
2	08	AGO	65		2
0	07	JUL	66		0
0	06	JUN	67		0
3	05	MAI	68		3
	04	ABR	69		
	03	MAR	70		
	02	FEV	71		
	01	JAN	72		

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA
São Tomé e Príncipe

INQUÉRITO DEMOGRÁFICO E SANITÁRIO (IDS-2008)

DIRECÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE
São Tomé e Príncipe

QUESTIONÁRIO INDIVIDUAL HOMEM

AS INFORMAÇÕES QUE FIGURAM NESTE QUESTIONÁRIO SÃO DE CARÁCTER CONFIDENCIAL DE ACORDO COM A LEI 5/98

IDENTIFICAÇÃO E LOCALIZAÇÃO

AF.01- NOME DO CHEFE OU REPRESENTANTE DO AGREGADO ______

AF.02- NOME DA LOCALIDADE ______

AF.03- AGLOMERAÇÃO ______

AF.04- REGIÃO ______	CÓDIGO REGIÃO
AF.05- DOMÍNIO DO ESTUDO: DISTRITO ______	CÓDIGO DISTRITO
AF.06- ÁREA DE ENUMERAÇÃO (AE) ______	CÓDIGO AE
AF.07- NÚMERO DO AGREGADO FAMILIAR	NÚMERO
AF.08- NOME E NÚMERO DE LINHA DO HOMEM ______	NÚMERO DE LINHA

VISITAS DE INQUIRIDORES

	1	2	3	VISITA FINAL
DATA: DIA MÊS ANO	2008	2008	2008	DIA MÊS ANO 2008
NOME INQUIRIDOR:	______	______	______	CÓD. INQUIRIDOR
AF.09- RESULTADO*	______	______	______	CÓDIGO RESULTADO*
PRÓXIMA VISITA: DATA HORA	(Dia) (Mês) (Ano)	(Dia) (Mês) (Ano)		N.º TOTAL DE VISITAS

CÓDIGOS RESULTADOS:

1 COMPLETO
2 AUSENTE
3 ADIADA
4 RECUSA
5 PARCIALMENTE PREENCHIDO
6 INCAPACITADO
7 OUTRO ______ (ESPECIFIQUE)

CONTROLADOR(A)	SUPERVISOR(A)	VERIFICADOR(A)	DIGITADOR(A)
NOME ______ **Código** DATA (Dia) (Mês) (Ano)	NOME ______ **Código** DATA (Dia) (Mês) (Ano)	**Código**	**Código**

SECÇAO 1. CARACTERISTICAS DO INQUIRIDO

INTRODUÇÃO E CONSENTIMENTO

CONSENTIMENTO APÓS INFORMAÇÕES

Bom dia. Meu nome é ______________________ trabalho para o **INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA** e o **MINISTÉRIO DA SAÚDE**. Estamos a realizar um inquérito nacional sobre a saúde das mulheres, dos homens e das crianças. Gostariamos que participasse neste inquérito. Por isso, pretendo colocar-lhe algumas questões sobre a sua saúde e a saúde dos seus filhos. Estas informações serão úteis aos programas do Governo para planear e organizar os serviços de saúde. A entrevista vai demorar cerca de 15 minutos. As informações que nos fornecerá serão estritamente confidenciais e não serão transmitidas a outras pessoas.
A sua participação neste inquérito é voluntário, mas de extrema importância. O senhor estará contribuindo muito para resolvermos alguns problemas que hoje em dia enfrentamos. Esperamos que aceite participar neste inquérito pois, a sua opinião como a de muitos, homens e mulheres que vamos entrevistar, é extremamente importante para nós.

Tem alguma questão ou quer pedir algum esclarecimento sobre o inquérito? Então, posso começar a entrevista?

Assinatura do inquiridor: ______________________ **Data:** ____________

O INQUIRIDO ACEITOU RESPONDER . . . . . 1 ↓ **O INQUIRIDO RECUSOU RESPONDER** . . . 2 → FIM

N°	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS E CÓDIGOS	PASSE A
101	**ANOTE A HORA DO INÍCIO DA ENTREVISTA**	HORA . . . . [ ][ ] MINUTOS . . . . [ ][ ]	
102	Há quanto tempo vive continuamente aqui em (NOME DA CIDADE/VILA/LOCALIDADE/COMUNIDADE) ? **SE MENOS DE UM ANO ANOTE "00"**	ANO . . . . [ ][ ] SEMPRE VIVEU . . . . 95 VISITA 96	→ 104
103	Quando criança, até os 12 anos de idade, aonde o Senhor morou a maior parte do tempo? ESCREVA O NOME DO BAIRRO OU LOCALIDADE ONDE MORROU, ATÉ AOS 12 ANOS DE IDADE, MAIOR PARTE DO TEMPO.	NOME DO LOCAL ____________ DISTRITO ____________ CIDADE SÃO TOMÉ 1 OUTRAS CIDADES/VILAS 2 OUTRO URBANO 3 ZONA RURAL 4 CIDADE NO ESTRANGEI 5 RESERVADO AO INE [ ]	
104	Nos últimos 12 meses, quantas vezes viajou fora da sua comunidade e dormiu fora da sua casa?	NÚMERO DE VIAGENS . . . . . . [ ][ ] NENHUM 00	→ 106
105	Nos últimos 12 meses, esteve ausente da sua comunidade durante mais de um mês seguido?	SIM . . . . 1 NÃO 2	
106	Em que mês e ano nasceu?	MÊS . . . . [ ][ ] NÃO SABE O MÊS . . . . .98 ANO . . . . [ ][ ][ ][ ] NÃO SABE O ANO 9998	
107	Que idade tinha (fez) na altura do seu último aniversário? **(COMPARE E CORRIJA 106 E/OU 107 SE HOUVER INCONSISTÊNCIA/INCOERÊNCIA)**	IDADE EM ANOS COMPLETOS [ ][ ]	
107A	Onde nasceu (Distrito ou País de nascimento)?	ÁGUA GRANDE . . . . 11 MÉ-ZÓCHI . . . . 12 CANTAGALO . . . . 23 CAUÉ . . . . 24 LEMBÁ . . . . 35 LOBATA . . . . 36 REGIÃO PRÍNCIPE . . . . 47 CABO VERDE . . . . 91 ANGOLA . . . . 92 GABÃO . . . . 93 GUINÉ-EQUATORIAL 94 PORTUGAL . . . . 95 OUTRO PAÍS ____________ .. 96 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE 98	

Nº	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS E CÓDIGOS	PASSE A
107B	Onde residiu há **5 anos atrás** (Distrito ou País de residência)?	ÁGUA GRANDE . . . . 11 MÉ-ZÓCHI . . . . 12 CANTAGALO . . . . 23 CAUÉ . . . . 24 LEMBÁ . . . . 35 LOBATA . . . . 36 REGIÃO PRÍNCIPE . . . . 47 CABO VERDE . . . . 91 ANGOLA . . . . 92 GABÃO . . . . 93 GUINÉ-EQUATORIAL 94 PORTUGAL . . . . 95 OUTRO PAÍS ______________ .. 96 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE 98	
108	Alguma vez frequentou um estabelecimento do ensino?	SIM . . . . 1 NÃO 2	 → 112
108A	Actualmente está a frequentar um estabelecimento do ensino?	SIM . . . . 1 NÃO 2	→ 109
108B	Qual foi a principal razão pela qual o senhor deixou ou interrompeu a frequência escolar?	NAMORADA/PARCEIRA GRÁVI(. . . . . 01 CASAMENTO . . . . 02 CUIDAR DAS CRIANÇAS . . . . 03 AJUDAR FAMÍLIA . . . . 04 FALTA DE DINHEIRO . . . . 05 PRECISA TRABALHAR . . . . 06 TERMINOU OS ESTUDOS . . . . 07 MÁS NOTAS . . . . 08 LIMITE DE IDADE . . . . 09 ESCOLA DE DIFÍCIL ACESSO . . . . 10 DOENÇA OU RAZÃO MÉDICA . . . . 11 NÃO GOSTA DE ESTUDAR 12 OUTRO ______________ .... 96 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE 98	
109	Qual o nivel mais elevado que atingiu: básico, secundário, superior ou alfabetização?	BÁSICO . . . . 1 SECÚNDARIO . . . . 2 SUPERIOR . . . . 3 ALFABETIZAÇÃO 4	
110	Qual o ano/classe mais elevado(a) que você concluiu neste nível? **Se BÁSICO:** 0=Jardim; 1=1ª; 2=2ª; 3=3ª; 4=4ª; 5=5ª; e 6=6ª Classe **Se SECUNDÁRIO:** 1=7ª; 2=8ª; 3=9ª; 4=10ª; 5=11ª; e 6=12ª Classe **Se SUPERIOR:** 1-3=Médio/Bacharelato; 4=Licenciatura; e 5+=Pós-Graduação/Mestrado/Doutoramento **Se ALFABETIZAÇÃO:** 1=1ª Classe; 2=2ª Classe; 3=3ª Classe; e 4=4ª Classe	**ANO/CLASSE MAIS ELEVADO CONCLUÍDO** **BÁS.** 0 1 2 3 4 5 6 **SEC.** 1 2 3 4 5 6 **SUP.** 1 2 3 4 5+ **ALF.** 1 2 3 4	
111	**CONFIRA 109:** BÁSICO OU ALFABETIZAÇÃO ☐ SECUNDÁRIO OU SUPERIOR ☐		 → 115
112	Agora, gostaria que lesse essa frase em voz alta. **MOSTRE A SUA CARTA AO INQUIRIDO.** **SE NÃO CONSEGUIR LER A FRASE INTEIRA, INSISTA PARA QUE LEIA UMA PARTE.**	NÃO CONSEGUE LER . . . . 1 CONSEGUE LER APENAS PARTE . . . . 2 LÊ A FRASE COMPLETA . . . . 3 LÍNGUA NÃO SE APLICA: . . . . 4 ESPECIFIQUE: ______________ TEM PROBLEMA DE VISÃO 5	
114	**CONFIRA 112:** CÓDIGOS "**2**", "**3**" OU "**4**" CIRCULADO ☐ CÓDIGO "**1**" OU "**5**" CIRCULADO ☐		 → 116
115	Costuma ler jornal ou revista, quase todos os dias, pelo menos uma vez por semana, menos de uma vez por semana ou nunca?	QUASE TODOS OS DIAS . . . . 1 PELO MENOS UMA VEZ POR SEMANA 2 MENOS DE UMA VEZ POR SEMANA 3 NUNCA 4	
116	Costuma escutar rádio quase todos os dias, pelo menos uma vez por semana, menos de uma vez por semana ou nunca?	QUASE TODOS OS DIAS . . . . 1 PELO MENOS UMA VEZ POR SEMANA 2 MENOS DE UMA VEZ POR SEMANA 3 NUNCA 4	
117	Costuma assistir televisão, quase todos os dias, pelo menos uma vez por semana, menos de uma vez por semana ou nunca?	QUASE TODOS OS DIAS . . . . 1 PELO MENOS UMA VEZ POR SEMANA 2 MENOS DE UMA VEZ POR SEMANA 3 NUNCA 4	
118	Qual é a sua religião?	CATÓLICA . . . . 01 EVANGELISTA . . . . 02 ADVENTISTA . . . . 03 TESTEMUNHA DE JEÓVA . . . . 04 MANÁ . . . . 05 NOVA APOSTÓLICA . . . . 06 MUÇULMANA . . . . 07 SEM RELIGIÃO .. . . 08 NÃO RESPONDEU .. . . 09 OUTRA ______________ . . . . 96 (ESPECIFIQUE)	

SECÇAO 2. REPRODUÇAO

Nº	QUESTÕES E FILTROS	CÓDIGOS	PASSE A
201	Agora gostaria de lhe colocar algumas perguntas sobre os filhos que teve durante a sua vida. Trata-se de todos os seu filhos/ filhas biológicos, mesmo se não são legalmente os seus ou se não são registados em seu nome. Tem ou teve filhos/filhas?	SIM . . . . 1 NÃO . . . . 2 NÃO SABE 8	 → 206
202	Tem filhos ou filhas que são seus e que vivem actualmente consigo?	SIM . . . . 1 NÃO 2	 → 204
203	Quantos filhos vivem consigo? Quantas filhas vivem consigo? **SE NENHUM, REGISTE '00'.**	FILHOS EM CASA . . . . [ ][ ] FILHAS EM CASA . . . . [ ][ ]	
204	Tem algum filho ou filha vivo, que é vivo, mas que não vive consigo actualmente?	SIM . . . . 1 NÃO 2	 → 206
205	Quantos filhos vivos não vivem consigo? Quantas filhas vivas não vivem consigo? **SE NENHUM, REGISTE '00'.**	FILHOS FORA CASA . . . . [ ][ ] FILHAS FORA CASA . . . . [ ][ ]	
206	Teve algum filho ou filha que nasceu vivo, mas que morreu lógo depois? **SE NÃO, INSISTA :** Nenhuma criança que gritou ou mostrou um sinal de vida mas que não sobreviveu ?	SIM . . . . 1 NÃO . . . . 2 NÃO SABE 8	 → 208
207	Quantos rapazes faleceram? Quantas raparigas faleceram? **SE NENHUM, REGISTE '00'.**	RAPAZES FALECIDOS . . . . [ ][ ] RAPARIGAS FALECIDAS . . . . [ ][ ]	
208	**FAÇA A SOMA DE Q.203, 205, E 207, E ANOTE O TOTAL** **SE NENHUM, REGISTE '00'.**	TOTAL . . . . [ ][ ]	
209	**VERIFIQUE 208 :** TEVE MAIS DE UM(A) FILHO(A) [ ] ↓ TEVE SÓ UM(A) FILHO(A) [ ] NÃO TEVE NENHUM FILHO(A) [ ]		TEVE SÓ UM(A) → 212 NÃO TEVE NENHUM → 301
210	Os seus filhos/as, têm todos a mesma mãe biológica?	SIM . . . . 1 NÃO 2	→ 212
211	Ao todo, com quantas mulheres tem filhos/as?	NÚMERO DE MULHERES . . . . [ ][ ]	
212	Quantos anos teve, quando nasceu o seu (primeiro/a) filho/a?	IDADE EM ANOS . . . . [ ][ ]	
213	**VERIFIQUE 203 E 205:** PELO MENOS UM FILHO/A VIVO [ ] ↓ NENHUM FILHO/A VIVO/A [ ]		NENHUM → 301
214	Qual a idade do seu filho/a (mais novo/a)?	IDADE EM ANOS . . . . [ ][ ]	

Nº	QUESTÕES E FILTROS	CÓDIGOS	PASSE A
215	**VERIFIQUE 214:** FILHO/A MAIS NOVO DE 0-3 ANOS ☐ ↓ OUTRO ☐ →		301
216	Qual o nome do seu (mais novo/a) filho/a? **INSCREVA O NOME DO (MAIS NOVO/A) FILHO(A)**. ______________________ **(NOME DO (MAIS NOVO/A) FILHO/A)**		
217	Quando a mãe de (NOME) estava gravida de (NOME), fez uma consulta pré-natal?	SIM . . . . 1 NÃO . . . . 2 NÃO SABE 3	2, 3 → 219
218	Esteve presente durante uma dessas consultas pré-natais?	PRESENTE . . . . 1 NÃO PRESENTE 2	
219	(NOME) nasceu no hospital ou num estabelecimento de saúde	HOSPITAL/ESTAB. DE SAÚDE . . . . . 1 OUTRO 2	1 → 221
220	Qual a **<u>principal</u>** razão para qual a mãe de (NOME) não teve o parto num hospital ou num estabelecimento de saúde?	CUSTO ELEVADO . . . . 01 ESTABELEC. FECHADO . . . . 02 MUITO LONGE/NENHUM TRANSPORTE . 03 FALTA CONFIANÇA /SERVIÇO DE MÁ QUALIDADE . . . . 04 NENHUM AGENTE MULHER . . . . . . 05 NÃO FOI PRIMEIRO FILHO . . . . 06 A MÃE DA CRIANÇA PENSAVA QUE NÃO ERA NECESSÁRIO . . . . 07 INQUIRIDO PENSAVA QUE NÃO ERA NECESSÁRIO . . . . 08 A FAMILIA PENSAVE QUE NÃO ERA NECESSÁRIO . . . . 09 OUTRO ______________________ 96 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE 98	
221	Quando uma criança tem a diarreia, qual a quantidade de líquido que lhe deve ser dado para beber: mais do que de costume, cerca da mesma quantidade que de costume, menos que de costume ou nada para beber?	MAIS QUE DE COSTUME . . . . 1 MESMA QUANTIDADE . . . . 2 MENOS QUE DE COSTUME . . . . 3 NADA PARA BEBER . . . . 4 NÃO SABE 8	

SECÇÃO 3. CONTRACEPÇÃO

Agora gostaria de falar um pouco sobre maneiras ou métodos de planeamento familiar - várias maneiras ou métodos que os casais usam para evitar a gravidez.
FAÇA UM CÍRCULO NO CÓDIGO 1 NA PERGUNTA 301 PARA CADA MÉTODO MENCIONADO ESPONTANEAMENTE.

FAÇA A PERGUNTA **301** LEIA O NOME E A DESCRIÇÃO DE CADA MÉTODO NÃO MENCIONADO ESPONTANEAMENTE. FAÇA UM CÍRCULO NO **CÓDIGO 1** SE O MÉTODO É CONHECIDO E O **CÓDIGO 2** SE MÉTODO NÃO É CONHECIDO. EM SEGUIDA, PARA CADA **MÉTODO 02, 07, 08, 12 E 13** COM O **CÓDIGO 1** NA PERGUNTA 301, FAÇA A PERGUNTA **302.**

301	Que método contraceptivo conhece ou já ouviu falar? **PARA MÉTODOS NÃO CITADOS ESPONTANEAMENTE, PERGUNTE:** Alguma vez ouviu falar do (MÉTODO)?		302 Alguma vez utilizou (MÉTODO)?
01	ESTERILIZAÇÃO FEMININA / LAQUEAÇÃO (Ligação de trompas) Uma operação que as mulheres submetem para não terem mais filhos.	SIM . . . . 1 NÃO 2	
02	ESTERILIZAÇAO MASCULINA / VASECTOMIA Uma operação que os homens submetem com o objectivo de não terem mais filhos.	SIM . . . . 1 NAO 2	Já fez uma operação cirurgíca para evitar ter filhos? SIM . . . . 1 NÃO 2
03	PILULA Um compromido que contém hormonas femininas (estrogénios e progestagénios) que as mulheres tomam todos os dias para evitar engravidar.	SIM . . . . 1 NÃO 2	
04	DISPOISITIVO INTRA-UTERINO (DIU) Um dispositivo, em forma de espiral ou T, que é colocado no interior do útero da mulher, por um médico ou enfermeira.	SIM . . . . 1 NAO 2	
05	INJECÇOES CONTRACEPTIVAS Injecção que as mulheres podem tomar mensalmente ou de três em três meses para evitar a gravidez.	SIM . . . . 1 NÃO 2	
06	IMPLANTES Um dispositivo que se insere sob a pele, na parte superior do braço da mulher e pode prevenir a gravidez durante 5 anos.	SIM . . . . 1 NAO 2	
07	PRESERVATIVO MASCULINO / CAMISINHA É tipo um "saquinho" de borracha fina que os homens colocam no pénis quando erecto antes de iniciar as relações sexuais.	SIM . . . . 1 NAO 2	SIM . . . . 1 NAO 2
08	PRESERVATIVO FEMININO É tipo um "saquinho" de borracha fina que as mulheres introduzem na vagina antes de iniciar as relações sexuais.	SIM . . . . 1 NÃO 2	SIM . . . . 1 NÃO 2
09	DIAFRAGMA É um anel flexível, coberto por uma membrana de borracha fina, que a mulher deve colocar na vagina 15/20 minutos antes da relação sexual, para cobrir o colo ureino.	SIM . . . . 1 NÃO 2	
10	ESPERMECIDAS Creme ou um compromido que as mulheres colocam na vagina alguns minutos antes das relações sexuais.	SIM . . . . 1 NÃO 2	
11	MÉTODO DE ALEITAMENTO MATERNO E AMENOREIA (MAMA) Durante alguns meses após o parto, uma mulher que aleita frequentemente, dia e noite, pode não engravidar.	SIM . . . . 1 NÃO 2	
12	TABELA / ABSTINENCIA SEXUAL PERIODICA O casal evita ter relações sexuais durante período fértil da mulher, período com maior risco para a mulher engravidar.	SIM . . . . 1 NÃO 2	SIM . . . . 1 NÃO 2
13	COITO INTERROMPIDO Quando os homens retiram o pénis da vagina antes de ejacular.	SIM . . . . 1 NAO 2	SIM . . . . 1 NAO 2
14	PÍLULA DO DIA SEGUINTE / DE EMERGÊNCIA Um compromido que as mulheres tomam até três dias após ter tido relações sexuais.	SIM . . . . 1 NÃO 2	
15	OUTROS METODOS Os casais podem utilizar outros métodos ou maneira diferentes aos anteriores para evitar uma gravidez. Conhece ou já ouviu falar de algum outro método?	SIM . . . . 1 __________ (ESPECIFIQUE) __________ (ESPECIFIQUE) NÃO 2	

Nº	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS E CÓDIGOS	PASSE A
303	Nos últimos meses, você: Ouviu falar do planeamento familiar na rádio? Ouviu falar do planeamento familiar na televisão? Leu qualquer coisa sobre o planeamento familiar? nos jornais e nas revistas?	SIM NÃO RÁDIO . . . . 1 2 TELEVISÃO . . . . 1 2 JOURNAIS OU REVISTAS 1 2	

Nº	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS E CÓDIGOS	PASSE A
304	Nos últimos meses discutiu da prática do planeamento familiar com um agente de saúde ou um profissional de saúde?	SIM . . . . 1 NÃC 2	
305	**Agora gostaria de lhe colocar certas perguntas sobre os riscos de gravidez.** Entre uma menstruação e outra, sabe se há um período em que a mulher tem mais chance de ficar grávida se tiver relações sexuais?	SIM . . . . 1 NÃC . . . . 2 NÃO SABE 8	2, 8 → 307
306	Este periodo situa-se dias antes do início da menstruação, durante o período, logo após o fim do período, no meio do período ou dias após o período?	DIAS ANTES DO PERÍODO . . . . 1 DURANTE O PERÍODO . . . . 2 NO FIM DO PERÍODC . . . . 3 NO MEIO DO PERÍODO . . . . 4 DIAS APÓS O PERÍODC . . . . 5 OUTRA ______ . . . . 6 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE 8	
307	Segundo você, uma mulher que amamenta o seu bebê pode engravidar?	SIM . . . . 1 NÃC . . . . 2 DEPENDE . . . . 3 NÃO SABE 8	
308	Agora, gostaria de ler algumas declarações sobre a contracepção. Diga-me se concorda ou não concorda, com cada uma dessas declarações?		

308		ESTÁ DE ACORDO	N/ESTÁ D'ACORDO	NÃO SABE
a) A contracepção é um assunto de mulher sobre a qual o homem não deve interferir.	ASSUNTO DE MULHER	1	2	8
b) Uma mulher que utiliza a contracepção pode ser mal vista.	MULHER FICA MAL VISTA	1	2	8
c) Uma mulher que utiliza a contracepção é aquela que quer enganar o homem.	MULHER ENGANA O HOMEM	1	2	8
d) É a mulher que engravida, portanto é ela quem deve utilizar a contracepção.	MULER É QUEM DEVE UTILIZAI	1	2	8
e) A utilização da contracepeção "pode enganar" a mulher.	PODE ENGANAR MULHER	1	2	8

Nº	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS E CÓDIGOS	PASSE A
309	**VERIFIQUE 301 (07):** CONHECE O PRESERVATIVO MASCULINO SIM ☐ ↓ NÃO ☐ →		312A
310	Conhece um lugar onde uma pessoa pode procurar preservativos?	SIM . . . . 1 NÃC 2	2 → 312
311	Onde se pode procurar preservativo? Algum outro lugar? **INSISTA PARA DETERMINAR O TIPO DE FONTE E CIRCULA O CÓDIGO APROPRIADO**. **SE NÃO PODE DETERMINAR SE O HOSPITAL, O CENTRO DE SAÚDE OU A CLÍNICA É UM ESTABELECIMENTO PRIVADO OU PÚBLICO, INSCREVA O NOME DO LUGAR**. ______ **(NOME DO LUGAR)**	**SECTOR PÚBLICO:** HOSPITAL . . . . A CENTRO DE SAÚDE . . . . B POSTO DE SAÚDE . . . . C PMI/PSR . . . . D EQUIPA MÓVEL . . . . E AGENTE DE SAÚDE COMUNITÁRIA F OUTRO ______ G (ESPECIFIQUE) **SECTOR PRIVADO:** FARMÁCIA . . . . H CLÍNICA PRIVADA . . . . I ONG (ASPF/MÉDICO MUNDO/ETC.) . . . . J ACTIVISTAS . . . . K LOJAS/BARES/DISCOTECA . . . . L OUTRO ______ M (ESPECIFIQUE) **OUTRA FONTE** ______ X (ESPECIFIQUE)	
312	Se você quiser, consegue obter um preservativo?	SIM . . . . 1 NÃC 2	

312A	Acha que os serviços de planeamento familiar estão organizados para servir os homens, mulheres e jovens/adolescentes?	SIM	NÃO	N/S
	HOMENS	1	2	8
	MULHERES	1	2	8
	JOVENS/ADOLESCENTE . . .	1	2	8

Nº	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS E CÓDIGOS	PASSE A
312B	O senhor pensa que é mais fácil ou mais difícil uma mulher ficar grávidar quando está a fazer aleitamento exclusivo ou a dar de mamar exclusivamente?	MAIS FÁCIL . . . . 1 MAIS DIFÍCIL . . . . 2 DEPENDE . . . . 3 NAO SABE 8	

SECÇÃO 4. CASAMENTO E ACTIVIDADE SEXUAL

Nº	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS E CÓDIGOS	PASSE A
401	Actualmente é casado ou vive em união com uma mulher como se fosse casado?	SIM, CASADO . . . . . 1 SIM, UNIÃO DE FACTO . . . . 2 NÃO, NÃO ESTÁ EM UNIÃO 3	1, 2 → 404
402	Alguma vez já foi casado ou viveu com uma mulher como fosse casado?	SIM, FOI CASADO . . . . 1 SIM, VIVEU COM UMA MULHER . . . . 2 NÃO 3	3 → 413
403	Qual o seu estado civil actual: viúvo, divorciado ou separado?	VIÚVO . . . . 1 DIVORCIADO . . . . 2 SEPARADO 3	→ 410
404	A sua mulher/parceira vive actualmente consigo ou no outro lugar?	VIVE COM ELE . . . . 1 VIVE NO OUTRO LUGAR 2	
405	Para além da sua mulher, actualmente vive com outra(s) mulher(es) como se fossem casados?	SIM . . . . 1 NÃO 2	
406	No total, com quantas mulheres/parceiras o senhor vive como se fossem casados?	NÚMERO DE MULHERES . . . [ ][ ]	
407	**VERIFIQUE 405:** UMA MULHER/PARCEIRA [ ] ↓ — Por favor, diga-me o nome da sua mulher (parceira com quem vive como se fossem casados. MAIS DE UMA MULHER/PARCEIRA [ ] ↓ — Por favor, diga-me o nome de cada uma das suas mulheres actuais (e/ou de cada parceira com quem vive como se fossem casados). **REGISTE O NOME E O NÚMERO DE LINHA A PARTIR DO QUESTIONÁRIO AGREGADO FAMILIAR PARA CADA UMA DAS MULHERES E PARCEIRAS COM QUEM ELE VIVE.** **SE UMA MULHER NÃO FOI LISTADA NO AGREGADO, REGISTE '00'.** **COLOQUE A PERGUNTA 408 PARA CADA PESSOA.**	NOME / Nº LINHA: ______ [ ][ ] ______ [ ][ ] ______ [ ][ ] ______ [ ][ ] **408** Que idade tinha (NOME) no seu último aniver-sário? IDADE: [ ][ ] [ ][ ] [ ][ ] [ ][ ]	
409	**VERIFIQUE 407:** UMA MULHER / PARCEIRA [ ] ↓ MAIS DE UMA MULHER/ PARCEIRA [ ]		MAIS DE UMA → 411A
410	Foi casado ou viveu com uma mulher uma só vez ou mais de uma vez?	SOMENTE UMA VEZ . . . . 1 MAIS DE UMA VEZ 2	2 → 411A
411 411A	Em que mês e ano, começou a viver com a sua (mulher/parceira)? Agora, gostaria de lhe colocar uma pergunta sobre a sua primeira mulher/parceira. Em que mês e ano, começou a viver com a sua primeira mulher/parceira?	MÊS . . . . [ ][ ] NÃO SABE O MÊS . . . . 98 ANO . . . . [ ][ ][ ][ ] NÃO SABE O ANO 9998	ANO → 413
412	Que idade tinha quando começou a viver com ela?	IDADE . . . . [ ][ ]	

Nº	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS E CÓDIGOS	PASSE A
413	VERIFIQUE A PRESENÇA DE OUTRAS PESSOAS. ANTES DE CONTINUAR, FAÇA TODO O POSSÍVEL PARA ESTAR EM PRIVACIDADE COM O INQUIRIDO.		
414	Agora gostaria de lhe colocar algumas perguntas sobre a sua actividade sexual para melhor entender certos problemas importantes da vida. Que idade tinha quando teve relações sexuais, pela primeira vez?	NUNCA TEVE RELAÇÕES SEXUAIS .... 00 IDADE EM ANOS .... [ ][ ] PRIMEIRA VEZ INICIANDO A VIDA COM (PRIMEIRA) MULHER/PARCEIRA 95	→417 →417
415	**VERIFIQUE 107:** IDADE 15-24 [ ]↓ IDADE 25-59	[ ]	→444A
416	Tem intenção de casar ou viver em união com uma mulher para começar a ter relação sexual?	SIM .... 1 NÃO .... 2 NÃO SABE/INSEGURO 8	 →444A
417	**VERIFIQUE 107:** IDADE 15-24 [ ]↓ IDADE 25-59	[ ]	→419
418	Utilizou preservativo na primeira vez que teve relação sexual?	SIM .... 1 NÃO .... 2 NÃO SABE/NÃO SE LEMBRA 8	
419	Quando foi a última vez que teve relações sexuais? **SE MENOS DE 12 MESES A RESPOSTA DEVE SER REGISTADA EM DIAS, SEMANAS, OU MESES. SE 12 MESES OU MAIS, A RESPOSTA DEVE SER CONVERTIDA E REGISTADA EM ANO.**	HÁ .... DIAS .... 1 [ ][ ] HÁ .... SEMANAS .. 2 [ ][ ] HÁ .... MESES ...... 3 [ ][ ] HÁ .... ANOS .... 4 [ ][ ]	 →435

		ÚLTIMA PARCEIRA SEXUAL	PENÚLTIMA PARCEIRA SEXUAL	ANTEPENÚLTIMA PARCEIRA SEXUAL
420	Agora, gostaria de lhe colocar algumas perguntas sobre a sua actividade sexual. Mas antes, gostaria de lhe assegurar de novo que todas as suas respostas são absolutamente confidenciais e que não serão divulgadas a ninguém. Se acontece que lhe coloco uma questão a qual não quer responder, diga-me e irei à pergunta seguinte. → IR A 422			
421	Quando teve relações sexuais com esta pessoa pela última vez?		DIAS 1 SEMANAS 2 MESES 3	DIAS 1 SEMANAS 2 MESES 3
422	A última vez que teve relações sexuais (com esta segunda, terceira pessoa) foi utilizado um preservativo?	SIM .... 1 NÃO .... 2 (IR A 424)	SIM .... 1 NÃO .... 2 (IR A 424)	SIM .... 1 NÃO .... 2 (IR A 424)
423	Utilizou um preservativo cada vez que teve relações sexuais com esta pessoa, durante os últimos 12 meses?	SIM .... 1 NÃO 2	SIM .... 1 NÃO 2	SIM .... 1 NÃO 2
423A	Tem/Teve dificuldades maiores na utilização do preservativo?	SIM .... 1 NÃO.............. 2 (IR A 424)	SIM .... 1 NÃO.............. 2 (IR A 424)	SIM .... 1 NÃO.............. 2 (IR A 424)
423B	Que tipo de dificuldade tem/teve na utilização do preservativo? **(PRINCIPAL TIPO)**	É INCÓMODO COMPRAR/OBTER 01 É DIFÍCIL COLOCAR/TIRAR 02 DIMINUI MEU PRAZER 03 MULHER/PARCEIRA NÃO ACEITA 04 MULHER/PARCEIRA GRÁVIDA 05 RASGA-SE FACILMENTE 06 NÃO FICA BEM NO LUGAR 07 OUTRO ______ 96 (ESPECIFIQUE)	É INCÓMODO COMPRAR/OBTER 01 É DIFÍCIL COLOCAR/TIRAR 02 DIMINUI MEU PRAZER 03 MULHER/PARCEIRA NÃO ACEITA 04 MULHER/PARCEIRA GRÁVIDA 05 RASGA-SE FACILMENTE 06 NÃO FICA BEM NO LUGAR 07 OUTRO ______ 96 (ESPECIFIQUE)	É INCÓMODO COMPRAR/OBTER 01 É DIFÍCIL COLOCAR/TIRAR 02 DIMINUI MEU PRAZER 03 MULHER/PARCEIRA NÃO ACEITA 04 MULHER/PARCEIRA GRÁVIDA 05 RASGA-SE FACILMENTE 06 NÃO FICA BEM NO LUGAR 07 OUTRO ______ 96 (ESPECIFIQUE)
424	Que tipo de relacionamento tinha com esta (segunda, terceira) pessoa com quem teve relações sexuais? **SE NAMORADA:** Viviam juntos como se fossem casados? **SE SIM, CIRCULE '2'** **SE NÃO, CIRCULE '3'**	MULHER .... 1 (IR A 426) PARCEIRA VIVENDO COM O INQUIRIDO .. 2 NAMORADA NÃO VIVENDO COM INQUIRIDO .. 3 ENCONTRO OCASIONAL .. 4 PROFISSIONAL SEXO .. 5 OUTRO ______ 6 (ESPECIFIQUE)	MULHER .... 1 (IR A 426) PARCEIRA VIVENDO COM O INQUIRIDO .. 2 NAMORADA NÃO VIVENDO COM INQUIRIDO .. 3 ENCONTRO OCASIONAL . 4 PROFISSIONAL SEXO .. 5 OUTRO ______ 6 (ESPECIFIQUE)	MULHER .... 1 (IR A 426) PARCEIRA VIVENDO COM O INQUIRIDO .. 2 NAMORADA NÃO VIVENDO COM INQUIRIDO .. 3 ENCONTRO OCASIONAL . 4 PROFISSIONAL SEXO .. 5 OUTRO ______ 6 (ESPECIFIQUE)
425	Durante quanto tempo manteve (vem mantendo) relações sexuais com esta (2ª, 3ª) pessoa ? SE O INQUIRIDO TIVER UMA ÚNICA VEZ RELAÇÕES SEXUAIS COM ESTA PESSOA, REGISTE '01'DIA.	DIAS 1 MESES 2 ANOS 3	DIAS 1 MESES 2 ANOS 3	DIAS 1 MESES 2 ANOS 3
426	A última vez que teve relações sexuais com esta pessoa, você ou esta (2ª, 3ª) pessoa tinha bebido alcool?	SIM .... 1 NÃO .... 2 (IRA 428)	SIM .... 1 NÃO .... 2 (IR A 428)	SIM .... 1 NÃO .... 2 (IR A 429)
427	Você ou esta pessoa estava embriagada, neste momento? SE SIM:Quem estava embriagado?	INQUIRIDO SÓ ... 1 PARCEIRO SÓ 2 INQUIRIDO E PARCEIRA .... 3 NEM UM NEM OUTRC 4	INQUIRIDO SÓ ... 1 PARCEIRO SÓ 2 INQUIRIDO E PARCEIRA .... 3 NEM UM NEM OUTRC 4	INQUIRIDO SÓ ... 1 PARCEIRO SÓ 2 INQUIRIDO E PARCEIRA .... 3 NEM UM NEM OUTRC 4
428	Além [desta/das duas pessoa(s)], teve relações sexuais com uma outra pessoa, durante os últimos 12 meses?	SIM .... 1 (VOLTE À 421 NA COL. SEGUINTE) NÃO .... 2 (IR A 430)	SIM .... 1 (VOLTE À 421 NA COL. SEGUINTE) NÃO .... 2 IR A 430)	
429	No total, com quantas pessoas diferentes, teve relações sexuais durante os últimos 12 meses? **NO CASO DE RESPOSTA NÃO NUMÉRICA, INSISTA PARA OBTER UMA ESTIMATIVA. SE O NÚMERO DE PARCEIROS FOR SUPERIOR A 95, INSCREVA '95'.**			NÚMERO DE PARCEIRAS DURANTE OS 12 ÚLTIMOS MESES .. NÃO SABE ... 98

Nº	QUESTÕES E FILTROS	CÓDIGOS	PASSE A
430	**VERIFIQUE 424 (TODAS AS COLUNAS):** PELO MENOS UMA PARCEIRA É UMA PROFISSIONAL DO SEXO ☐ ↓ NENHUMA PARCEIRA É PROFISSIONAL DO SEXO ☐ → 432		432
431	**VERIFIQUE 424 E 422 (TODAS AS COLUNAS):** PRESERVATIVO UTILIZADO COM CADA PROFISSIONAL DO SEXO ☐ → 434 OUTRO ☐ → 435		434 435
432	Nos últimos 12 meses, pagou uma pessoa em troca de relações sexuais?	SIM . . . . . 1 NÃO 2	 435
433	A última vez que pagou uma pessoa em troca de relações sexuais, foi utilizado um preservativo?	SIM . . . . . 1 NÃO 2	 435
434	Nos últimos 12 meses, utilizou um preservativo nas relações sexuais cada vez que pagou uma pessoa em troca de relações sexuais?	SIM . . . . . 1 NÃO . . . . . 2 NS 8	
435	No total, com quantas pessoas diferentes teve relações sexuais em toda a sua vida? **NO CASO DE RESPOSTA NÃO NUMÉRICA, INSISTA PAR OBTER UMA ESTIMATIVA** **SE O NÚMERO FOR SUPERIOR A 95, INSCREVA '95'**	NMRO. DE PARCEIRAS DURANTE A VIDA . . . . . ☐☐ NÃO SABE 98	
436	**VERIFIQUE 422, PARCEIRA MAIS RECENTE (PRIMEIRA COLUNA):** PRESERVATIVO UTILIZADO ☐ ↓ PRESERVATIVO NÃO UTILIZADO ☐ → 442		442
437	Disse que foi utilizado um preservativo a última vez que teve relações sexuais. Posso ver o pacote de preservativos que utilizou nessa ocasião? **REGISTE O NOME DA MARCA SE O PACOTE FOI VISTO.**	PACOT. VISTO . . . . . 1 MARCA ________ ☐☐ (ESPECIFIQUE) NENHUM PAC. /NÃO VISTO 2	439
438	Conhece a marca do preservativo utilizado nessa ocasião? REGISTE A MARCA .	MARCA ________ ☐☐ (ESPECIFIQUE) NÃO SABE 98	
439	Da últma vez que procurou preservativos, quantos preservativos procurou?	NÚMERO DE PRESERVATIVOS . . . ☐☐☐ NÃO SABE 998	
440	A última vez que procurou preservativos, quanto pagou no total, contando o preço do/dos preservativos e o preço da consulta se fez uma?	CUSTOS . . . . . ☐☐☐ GRATUITO . . . . . 995 NÃO SABE 998	

Nº	QUESTÕES E FILTROS	CÓDIGOS	PASSE A
441	Onde procurou preservativos pela última vez?	**SECTOR PÚBLICO:** HOSPITAL . . . . 11 CENTRO DE SAÚDE . . . . . 12 POSTO DE SAÚDE . . . . 13 PMI/PSR . .. . 14 EQUIPA MÓVEL . . . . 15 AGENTE DE SAÚDE COMUNITÁRIA 16 OUTRO PÚBLICO ___________ 17 (ESPECIFIQUE) **SECTOR PRIVADO:** FARMÁCIA . . . 21 CLÍNICA PRIVADA . . . . 22 ONG (ASPF/MÉDICO MUNDO/ETC.) . . . . . 23 ACTIVISTAS . . . . 24 LOJAS/BARES/DISCOTECA . . . . . . 25 OUTRO PRIVADO ___________ 26 (ESPECIFIQUE) **OUTRA FONTE** ______________ 96 (ESPECIFIQUE)	
442	**VERIFIQUE 302 (02): INQUIRIDO ESTERILIZADO** NÃO ☐ ↓ SIM ☐		→ 444A
443	Da última vez que teve relações sexuais, você ou a sua parceira utilizou um método (outro) que o preservativo para evitar ou retardar uma gravidez?	SIM . . . . 1 NÃO . . . . 2 NÃO SABE 8	(2, 8) → 444A
444	Você ou a sua parceira utilizou um outro método para eviatr uma gravidez? **INSISTA:** Você ou a sua parceira utilizou um outro método para evitar uma gravidez? **REGISTE TODO O QUE FOR MENCIONADO.**	ESTERILIZAÇÃO FEMININA . . . . A PÍLULA . . . . B DIU . . . . C INJECÇÕES . . . . D IMPLANTES . . . . E PRES. FEMININO . . . . F DIAFRAGMA . . . . G ESPERMICIDAS . . . . H MAMA . . . . I TABELA/ABSTINÊNCIA . . . . J COITO INTERROMPIDO . . . . . K OUTRO ___________________ X (ESPECIFIQUE)	
444A	Agora, vou ler algumas frases ditas por algumas pessoas sobre utilização do preservativo, ao qual gostaria que me dissesse se está de acordo ou não com cada uma dessas frases.		

			ESTÁ DE ACORDO	N/ESTÁ D'ACORDO	NÃO SABE
a)	O preservativo diminui o prazer sexual do homem.	DIMINUI PRAZER	1	2	8
b)	O preservativo não é prático de utilizar.	NÃO É PRÁTICO UTILIZAR	1	2	8
c)	O preservativo pode ser utilizado mais que uma vez.	PODE-SE UTILIZAR MAIS DE UMA VEZ	1	2	8
d)	O preservativo evita de contrair doenças/infecções.	EVITA CONTRAIR DOENÇAS	1	2	8
e)	A compra de preservativos é incómodo.	A COMPRA É INCÓMODA	1	2	8
f)	Uma mulher não tem o direito de propor a um homem a utilização do preservativo.	A MULHER NÃO DEVE PROPOR O USO	1	2	8

SECÇÃO 5. PREFERÊNCIAS EM MATÉRIA DE FECUNDIDADE

Nº	QUESTÕES E FILTROS	CÓDIGOS	PASSE A
501	**VERIFIQUE 407:** TEM UMA MULHER/ PARCEIRA OU MAIS ☐ ↓	PERGUNTA NÃO COLOCADA ☐	→ 508
502	**VERIFIQUE 302:** HOMEM NÃO ESTERILIZADO ☐ ↓	HOMEM ESTERILIZADO ☐	→ 508
503	A (sua mulher (parceira)/uma das suas mulheres/ (parceiras)) está actualmente grávida?	SIM . . . . . 1 NÃO . . . . . 2 NÃO SABE 8	
504	**VERIFIQUE 503:** NENHUMA MULHER/ PARCEIRA GRÁVIDA OU NÃO SABE ☐ ↓ — MULHER(ES)/ PARCEIRA(S) GRÁVIDA(S) ☐ ↓ Agora tenho algumas questões sobre o futuro. — Agora tenho algumas questões sobre o futuro. Quer ter (um/outro) filho, ou prefereria não ter (outros) filhos? — Após o filho(a)/filho(a)s que a(s) sua/suas mulheres/parceiras está/estão esperando, quer ter um outro filho(a) ou prefereria não ter outros filho(a)s?	TER (UM/UM OUTRO) FILHO . . . . . 1 NÃO OUTRO/NENHUM . . . . . 2 CASAL INFECUNDO . . . . . 3 MULHER(ES)/PARCEIRA(S) ESTERIL(IS) . . . . . 4 INDECISO/NÃO SABE 8	2, 3, 4, 8 → 508
505	**VERIFIQUE 407:** UMA MULHER / PARCEIRA ☐ ↓	MAIS DE UMA MULHER/ PARCEIRA ☐	→ 507
506	**VERIFIQUE 503:** MULHER/PARCEIRA NÃO GRÁVIDA OU NÃO SABE ☐ ↓ — MULHER/PARCEIRA GRÁVIDA ☐ ↓ Quanto tempo quer esperar a partir de agora, antes do nascimento de (um/outro) filho? — Depois do nascimento do filho que está esperando, quanto tempo quer esperar antes do nascimento de um outro filho ?	MESES . . . . . 1 [ ][ ] ANOS . . . . . 2 [ ][ ] LÓGO/AGORA . . . . . 993 CASAL INFECUNDO . . . . . 994 OUTRO ____________ 996 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE 998	→ 508
507	A partir de agora, quanto tempo queria esperar antes do nascimento de (um/outro) filho(a) ?	MESES . . . . . 1 [ ][ ] ANOS . . . . . 2 [ ][ ] LÓGO/AGORA . . . . . 993 ELE/TODAS AS SUAS MULHERES/ PARCEIRAS SÃO INFECUNDOS 994 OUTRO ____________ 996 (ESPECIFIQUE) NÃO SABE 998	

Nº	QUESTÕES E FILTROS	CÓDIGOS	PASSE A
508	**VERIFIQUE 203 E 205:** TEM FILHOS VIVOS → Se pudesse voltar atrás para o tempo em que não tinha nenhum filho e escolher exactamente o número de filhos para ter na vida, quantos gostaria de ter? NENHUM FILHO VIVO → Se pudesse escolher exactamente o número de filhos que teria na vida, quantos gostaria de ter? **INSISTA PARA OBTER UMA RESPOSTA NUMÉRICA.**	NENHUM . . . . 00 NÚMERO . . . . [ ][ ] OUTRO ______________________ 96 (ESPECIFIQUE)	→ 509A → 509A
509	Desses filhos, quanto gostaria que fossem meninos, quanto gostaria que fossem meninas e quanto de entre eles o sexo não tem importância?	MENINOS / MENINAS / TANTO FAZ NÚMERO [ ][ ] [ ][ ] [ ][ ] OUTRO ______________________ 96 (ESPECIFIQUE)	
509A	Na sua opinião, é a favor, contra, ou indiferente que os casais usem métodos para evitar gravidez?	A FAVOR . . . . 1 CONTRA . . . . 2 INDIFERENTE 8	
509B	O senhor é contra ou a favor da transmissão de informações na rádio ou na televisão sobre o planeamento familiar?	FAVOR / CONTRA / N/SABE RÁDIO . . . 1 2 8 TELEVISÃO . 1 2 8	
509C	Nos últimos 6 meses, discutiu a prática do planeamento familiar com alguém (amigas, vizinhas, ou familiares)?	SIM . . . . 1 NÃO 2	 → 601
509D	Com quem discutiu/conversou? Discutiu/conversou com mais alguém? **"ANOTE TUDO QUE FOR MENCIONADO"**	MULHER/PARCEIRA . . . . A MÃE . . . . B PAI . . . . C IRMÃOS . . . . D FILHO OU FILHA . . . . E PARENTES . . . . F AMIGOS . . . . G VIZINHOS . . . . H PROFISSIONAL DA SAÚDE . . . . I LÍDER RELIGIOSO . . . . J PROFESSOR(A) . . . . K LÍDER DA COMUNIDADE . . . . L OUTRO ______________ . . . X (ESPECIFIQUE)	

SECÇÃO 6. EMPREGO E PAPEL DOS SEXOS

Nº	QUESTÕES E FILTROS	CÓDIGOS	PASSEA
601	Fez algum trabalho durante os útimos sete dias?	SIM . . . . 1 NÃO 2	→ 604
602	Mesmo se não trabalhou nos últimos sete dias, teve um trabalho ou um negócio para o qual teve de ausentar-se por causa de doença, férias, ou devido a uma outra razão?	SIM . . . . 1 NÃO 2	→ 604
603	Fez algum trabalho durante os últimos 12 meses?	SIM . . . . 1 NÃO 2	 → 613
604	Qual é a sua principal ocupação, isto é, que tipo de trabalho faz principalmente ?	____________________ ____________________ ____________________ (Reservado ao INE)	
605	**VERIFIQUE 604:** TRABALHA NA AGRICULTURA ☐↓ NÃO TRABALHA NA AGRICULTURA ☐		→ 607
606	Tabalha principalmente na sua própria terra, na terra da sua familia, numa terra alugada ou trabalha na terra de outro alguém?	PRÓPRIA TERRA . . . . 1 TERRA DA FAMILIA . . . . 2 TERRA ALUGADA . . . . 3 TERRA DE OUTRO ALGUÉM . . 4	
607	Faz este trabalho para um membro da sua família, para outro alguém, ou por conta própria?	PARA UM MEMBRO DA FAMILIA 1 PARA OUTRO ALGUÉM . . . . . 2 CONTA PRÓPRIA 3	
608	Trabalha habitualmente durante todo o ano, de maneira sasonal, ou somente de vez em quando?	TODO O ANO . . . . 1 SASONALMENTE/PARTE DO ANO . 2 DE VEZ EM QUANDO 3	
609	Para este trabalho, é remunerado em dinheiro, ou em género ou não recebe nenhuma remuneração?	SÓMENTE DINHEIRO . . . . 1 DINHEIRO E GÉNERO . . . . 2 SÓMENTE GÉNERO . . . . 3 NÃO RECEBE 4	
610	**VERIFIQUE 407:** UMA MULHER/ PARCEIRA OU MAIS ☐↓ PERGUNTA NÃO COLOCADA ☐		→ 613
611	**VERIFIQUE 609:** CÓDIGO 1 OU 2 CIRCULADO ☐↓ OUTRO ☐		→ 613
612	Habitualmente quem decide sobre como utilizar o dinheiro que ganha: você, a sua mulher/parceira, ou você e a sua mulher /parceira juntos?	INQUIRIDO . . . . 1 MULHER/PARCEIRA . . . . 2 INQUIRIDO E MULHER/PARCEIRA JUNTOS . . . . . 3 OUTRO ____________________ 6 (ESPECIFIQUE)	

Nº	QUESTÕES E FILTROS	CÓDIGOS	PASSEA
613	Segundo você, num casal, quem deve ter a última palavra concernente cada uma das seguintes decisões : o marido, a mulher ou os dois em igualidade. a) Fazer compras importantes para o agregado. b) Fazer compras para as necessidades quotidianas do agregado. c) Quando visitar a família, os amigos ou parentes. d) Que fazer com dinheiro que mulher/parceira ganha. e) Quantos filhos deve ter o casal, e quando deve tê-los.	MARIDO / MULHER / OS DOIS JUNTOS / NÃO SABE COMPRAS IMPORTANTES 1 2 3 8 COMPRAS QUOTIDIANAS 1 2 3 8 VISITAS A FAMÍLIAS .... 1 2 3 8 DINHEIRO DA MULHER 1 2 3 8 Nº FILHOS A TER 1 2 3 8	
614	Agora, gostaria de ler algumas declarações concernente a gravidez. Diga-me por favor, se concorda ou não. a) A gravidez é um assunto de mulheres e não é necessário que o pai se mete. b) É importante para a saúde da mãe e da criança que o parto se faça com a assistência de um médico ou de uma enfermeira.	CONCOR-DO / NÃO CON-CORDO / NS GRAVIDEZ ASSUNTO DE MULHER . . . . 1 2 8 ASSISTÊNCIIA MÉDICA/ ENFERMEIRA 1 2 8	
615	Por vezes, o marido fica aborrecido ou com raiva devido a certas atitudes da sua mulher/parceira. Na sua opinião, acha normal que o marido agrida a sua mulher/parceira: a) Se ela sair sem lhe disser nada? b) Se ela não cuidar das crianças (dos filhos)? c) Se ela contrariar as suas opiniões? d) Se ela recusar ter relações sexuais com ele? e) Se ela "deixar queimar" a comida?	SIM / NÃO / NÃO SABE SAIR SEM DISSER NADA 1 2 8 NÃO CUIDAR DOS FILHOS 1 2 8 CONTRARIA SUAS OPINIÕES 1 2 8 RECUSR RELAÇÕES SEXUAI 1 2 8 QUEIMAR COMIDA 1 2 8	
616	Segundo a sua opinião, se uma mulher recusa de ter relações sexuais com o seu marido quando ele quer, pensa que ele tem o direito de : a) Ralhar (zangar) com ela e reprimir-lhe? b) Recusar a dar-lhe dinheiro ou outros bens financeiros que ela precisa? c) Obrigá-la a ter relações sexuais com ele, mesmo contra a vontade dela? d) Procurar uma outra mulher/parceira para ter relações sexuais?	SIM / NÃO / NÃO SABE RALHAR/ZANGAR C/ELA 1 2 8 RECUSAR DAR-LHE DINHEIR 1 2 8 OBRIGÁ-LA A TER REL.SEXU 1 2 8 PROCURAR OUTRA MULHEI 1 2 8	

SECÇÃO 7. VIH/SIDA

Nº	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS E CÓDIGOS	PASSE A
701	Agora gostaria de falar lhe de um outro assunto. Alguma vez ouviu falar de uma doença que se chama SIDA? (***Sindroma de Imuno-Deficiência Adquirida***)	SIM . . . . . . 1 NÃO 2	 → 733
701A	De que fontes de informação ouviu falar da SIDA? Que outras fontes? **"ANOTE TUDO QUE FOR MENCIONADO"**	RÁDIO . . . . . . A TELEVISÃO . . . . . . B JORNAL E REVISTA . . . . . . C PANFLETOS/CARTAZES . . . . . . D TRABALHADORES DE SAÚDE . . . . . . E IGREJA/MESQUITA . . . . . . F ESCOLA/PROFESSORES . . . . . . G PALESTRAS . . . . . . H TEATRO . . . . . . I AMIGOS/FAMILIARES/PARCEIRAS . . . . J LOCAL DE TRABALHO . . . . . . K OUTRO ______ . . . . X (ESPECIFIQUE)	
702	Pode-se reduzir o risco de contrair o vírus da SIDA tendo um único parceiro sexual não infectado e que não tem nenhum(a) outro(a) parceiro(a)?	SIM . . . . . . 1 NÃO . . . . . . 2 NÃO SABE 8	
703	Pode-se contrair o vírus da SIDA, através de picadas de mosquitos?	SIM . . . . . . 1 NÃO . . . . . . 2 NÃO SABE 8	
704	Pode-se reduzir o risco de contrair o vírus da SIDA utilizando o preservativo cada vez que tiver relações sexuais?	SIM . . . . . . 1 NÃO . . . . . . 2 NÃO SABE 8	
705	Pode-se contrair o vírus da SIDA partilhando a comida com uma pessoa que tem SIDA?	SIM . . . . . . 1 NÃO . . . . . . 2 NÃO SABE 8	
706	Pode-se reduzir o risco de contrair o vírus da SIDA, deixando de ter relações sexuais?	SIM . . . . . . 1 NÃO . . . . . . 2 NÃO SABE 8	
707	Pode se contrair o vírus da SIDA através de feiticeria ou de meios sobrenaturais?	SIM . . . . . . 1 NÃO . . . . . . 2 NÃO SABE 8	
708	Acredita que uma pessoa com uma aparência saudável pode estar infectada com vírus da SIDA?	SIM . . . . . . 1 NÃO . . . . . . 2 NÃO SABE 8	
708A	Acredita que as pessoas infectadas com vírus da SIDA nunca morrem da doença, algumas vezes morrem, ou quase todos morrem por causa dessa doença?	NUNCA . . . . . . 1 ALGUMAS VEZES . . . . . . 2 QUASE TODOS . . . . . . 3 NÃO SABE 8	
708B	Conhece alguém que esteja infectada com vírus da SIDA ou que morreu devido a SIDA?	SIM . . . . . . 1 NÃO . . . . . . 2 NÃO SABE 8	
709	Quando é que o vírus que causa a SIDA pode ser transmitido de mãe para o filho: a) Na gravidez? b) No parto? c) Durante o aleitamento?	SIM / NÃO / NÃO SABE GRAVIDEZ 1 2 8 PARTO 1 2 8 ALEITAMENTO 1 2 8	
710	**VERIFIQUE 709:** PELO MENOS UM 'SIM' ☐ ↓	OUTRO ☐	→ 712
711	Existem medicamentos especiais que um médico ou uma enfermeira pode dar a uma mulher infectada pelo vírus da SIDA para reduzir o risco da transmissão para o seu bebé?	SIM . . . . . . 1 NÃO . . . . . . 2 NÃO SABE 8	
712	Alguma vez ouviu falar de medicamentos especiais antiretrovirais que as pessoas infectadas pelo vírus da SIDA podem obter através de um médico ou de uma enfermeira para lhes permitirem viver muito tempo?	SIM . . . . . . 1 NÃO . . . . . . 2 NÃO SABE 8	
713	Sem se pretender conhecer o resultado do seu teste, mas gostaria que me dissesse se alguma vez fez teste da SIDA?	SIM . . . . . . 1 NÃO 2	 → 718

Nº	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS E CÓDIGOS	PASSE A
714	Quando é que fez pela última vez o teste da SIDA?	HÁ MENOS DE 12 MESES . . . . 1 ENTRE 12 A 23 MESES . . . . 2 2 E MAIS ANOS 3	
714A	Da última vez que fez teste da SIDA, recebeu aconselhamento antes, depois do teste ou não recebeu aconselhamento?	ANTES . . . . 1 DEPOIS . . . . 2 ANTES E DEPOIS . . . . 3 NÃO . . . . 4 NÃO SABE/NÃO RECORDA 8	
715	Da última vez que fez teste da SIDA, foi por iniciativa própria, propuseram-lhe e aceitou ou foi-lhe imposto (exigido)?	INICIATIVA PRÓPRIA . . . . 1 PROPOSTO E ACEITE . . . . . . 2 IMPOSTO 3	
716	Não quero conhecer o resultado do teste, mas gostaria de saber se obteve o resultado do teste da SIDA efectuado?	SIM . . . . 1 NÃO 2	
717	Onde fez o teste? **INSISTA PARA IDENTIFICAR O TIPO DE LUGAR E CIRCULE O CÓDIGO APROPRIADO**. **SE NÃO CONSEGUIR DETERMINAR SE O HOSPITAL, O CENTRO DE SAÚDE, O CENTRO DE GATV OU A CLÍNICA É UM ESTABELECIMENTO PÚBLICO OU PRIVADO, INSCREVA O NOME DO LUGAR.** ____________________ **(NOME DO LUGAR)**	**SECTOR PÚBLICO** HOSPITAL . . . . A CENTRO DE SAÚDE . . . . . . B POSTO DE SAUDE . . . . C GATV . . D PMI CENTRAL . . . . E EQUIPA MÓVEL . . . . F OUTRO PÚBLICO __________ G (ESPECIFIQUE) **SECTOR PRIVADO** HOSPITAL/CLÍNICA PRIVADA MÉDICO PRIVADO . . . . H GATV /ONG . . . I EQUIPA MÓVEL . . . . J OUTRO PRIVADO __________ K (ESPECIFIQUE) **OUTRO** __________ X (ESPECIFIQUE)	→ 720
718	Conhece algum lugar onde se faz o teste da SIDA?	SIM . . . . 1 NÃO 2	 → 720
719	Onde se faz o teste da SIDA (onde fez o teste)? (Onde mais?) **INSISTA PARA IDENTIFICAR O TIPO DE LUGAR E CIRCULE O CÓDIGO APROPRIADO**. **SE NÃO CONSEGUIR DETERMINAR SE O HOSPITAL, O CENTRO DE SAÚDE, O CENTRO DE GATV OU A CLÍNICA É UM ESTABELECIMENTO PÚBLICO OU PRIVADO, INSCREVA O NOME DO LUGAR.** ____________________ **(NOME DO LUGAR)**	**SECTOR PÚBLICO** HOSPITAL . . . . A CENTRO DE SAÚDE . . . . . . B POSTO DE SAUDE . . . . C GATV . . D PMI CENTRAL . . . . E EQUIPA MÓVEL . . . . F OUTRO PÚBLICO __________ G (ESPECIFIQUE) **SECTOR PRIVADO** HOSPITAL/CLÍNICA PRIVADA MÉDICO PRIVADO . . . . H GATV /ONG . . . I EQUIPA MÓVEL . . . . J OUTRO PRIVADO __________ K (ESPECIFIQUE) **OUTRO** __________ X (ESPECIFIQUE)	
720	Você compraria legumes frescos num vendedor ou negociante se sabia que esta pessoa é infectada pelo vírus da SIDA?	SIM . . . . 1 NÃO . . . . 2 NÃO SABE 8	
721	Se um membro da sua familia contrair o virus da SIDA, você gostaria que o seu estatuto ficasse em segredo ou não?	SIM, FICA EM SEGREDO . . . . 1 NÃO . . . . 2 NÃO SABE/DEPENDE 8	
722	Se um membro da sua familia contrair o virus da SIDA, você estaria disposta a cuidar dele(a) no seu próprio agregado familiar?	SIM, FICA EM SEGREDO . . . . 1 NÃO . . . . 2 NÃO SABE/DEPENDE 8	

Nº	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS E CÓDIGOS	PASSE A
723	Se um/a professor/a tem o vírus da SIDA mas não está doente segundo a sua opinião, ele/a deveria ser autorizado/a a continuar a ensinar na escola?	AUTORIZADO A ENSINAR . . . . 1 NÃO AUTORIZADO A ENSINAR . . . . 2 NÃO SABE/DEPENDE 8	
723A	Conhece algum lugar onde se presta apoio à pessoas com vírus da SIDA?	SIM . . . . 1 NÃO 2	 → 723C
723B	Qual o lugar onde se presta apoio às pessoas infectadas com vírus da SIDA? (Algum outro lugar?) **ANOTE TUDO QUE FOR MENCIONADO**	**SECTOR PÚBLICO:** HOSPITAL . . . . A CENTRO DE SAÚDE . . . . . B POSTO DE SAÚDE . . . . C PMI/PSR . .. . D EQUIPA MÓVEL . . . . E OUTRO ________________ G (ESPECIFIQUE) **SECTOR PRIVADO:** CLÍNICA PRIVADA . . . . I ONG (ASPF/MÉDICO MUNDO/ETC.) J ACTIVISTAS . . . . K OUTRO ________________ M (ESPECIFIQUE) **OUTRO LUGAR** ________________ X (ESPECIFIQUE)	
723C	Alguma vez falou dos meios que evitam contrair o vírus da SIDA, com a sua namorada, esposa/parceira ou com outras pessoas?	SIM . . . . 1 NÃO 2	
723D	Durante as últimas 4 semanas, leu, ouviu/viu alguma informação acerca do VIH ou da SIDA?	SIM . . . . 1 NÃO 2	 → 731
723E	Nestas 4 últimas semanas as informações que leu, ouviu e viu sobre SIDA são provenientes de onde? (Mais algum lugar?). **ANOTE TUDO QUE FOR MENCIONADO**	RÁDIO . . . . A TELEVISÃO . . . . B JORNAL E REVIST/ . . . . C PANFLETOS/CARTAZ . . . . D TRABALHADORES DE SAÚDE . . . E IGREJA/MESQUITA . . . . F ESCOLA/PROFESSORES . . . . G PALESTRAS . . . . H TEATRO . . . . I AMIGOS/FAMILIARES/PARCEIRAS . J LOCAL DE TRABALHO . . . . K OUTRO ________________ . . . X (ESPECIFIQUE)	
731	Deveria educar as crianças de 12-14 anos sobre a utilização do preservativo para evitar de contrair a sida?	SIM . . . . 1 NÃO . . . . 2 NÃO SABE/DEPENDE 8	
732	Deveria ensinar-se as crianças de 12-14 anos para esperar até ao casamento para terem relações sexuais para evitar contrair a sida?	SIM . . . . 1 NÃO . . . . 2 NÃO SABE/DEPENDE 8	
733	**VERIFIQUE 701:** OUVIU FALAR da SIDA ☐ → Para além da SIDA, ouviu falar em outras infecções que se transmitem através de contacto sexual? NÃO OUVIU FALAR da SIDA ☐ → Ouviu falar de infecções que se transmitem através de contacto sexual?	SIM . . . . 1 NÃO 2	
734	**VERIFIQUE 414:** TEVE RELAÇÕES SEXUAIS ☐ NÃO TEVE RELAÇÕES SEXUAIS ☐		→ 742
735	**VERIFIQUE 733**: OUVIU FALAR DE OUTRAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSIVEIS? SIM ☐ NÃO ☐		→ 737

Nº	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS E CÓDIGOS	PASSE A
736	Agora, gostaria de lhe colocar algumas perguntas sobre a sua saúde. Nos últimos 12 meses, teve uma doença que contraiu através de relação sexual?	SIM . . . . . 1 NÃO . . . . . 2 NÃO SABE 8	
737	Por vezes, acontece que os homens tem um corrimento anormal no pénis. Nos últimos 12 meses, teve um corrimento anormal no pénis?	SIM . . . . . 1 NÃO . . . . . 2 NÃO SABE 8	
738	Por vezes, acontece que os homens tem uma ferida/úlcera na região do pénis. Nos últimos 12 meses, teve uma ferida/úlcera na região do pénis?	SIM . . . . . 1 NÃO . . . . . 2 NÃO SABE 8	
739	**VERIFIQUE 736, 737, E 738:** TEVE INFECÇÃO (PELO MENOS UM "**SIM**") ☐ ↓ NÃO TEVE INFECÇÃO OU NÃO SABE ☐ → 742		742
740	A última vez que teve problemas mencionados nas perguntas 736/737/738, procurou um conselho ou um tratamento?	SIM . . . . . 1 NÃO 2	NÃO → 742
741	Onde procurou o conselho ou tratamento? (Onde mais?) **INSISTA PARA IDENTIFICAR O TIPO DE LUGAR E CIRCULE O CÓDIGO APROPRIADO.** **SE NÃO CONSEGUIR DETERMINAR SE O HOSPITAL, O CENTRO DE SAÚDE, O CENTRO DE GATV OU A CLÍNICA É UM ESTABELECIMENTO PÚBLICO OU PRIVADO, INSCREVA O NOME DO LUGAR.** ____________________ **(NOME DO LUGAR)**	**SECTOR PÚBLICO:** HOSPITAL . . . . . A CENTRO DE SAÚDE . . . . . B POSTO DE SAÚDE . . . . . C PMI/PSR . . . . . D EQUIPA MÓVEL . . . . . E AGENTE SAÚDE COMUNITÁRIO F OUTRO ________ G (ESPECIFIQUE) **SECTOR PRIVADO:** FARMÁCIA . . . H CLÍNICA PRIVADA . . . . . I ONG (ASPF/MÉDICO MUNDO/ETC J ACTIVISTAS . . . . . K LOJAS/BARES/DISCOTECA . . . . L OUTRO ________ M (ESPECIFIQUE) **OUTRO LUGAR** ________ X (ESPECIFIQUE)	
742	Maridos e mulheres nem sempre concordam em tudo. Se uma mulher souber que o seu marido tem uma doença que ela pode contrair durante as relações sexuais, acha que isso justifica que ela recusa de ter relações sexuais com ele?	SIM . . . . . 1 NÃO . . . . . 2 NÃO SABE 8	
743	Se uma mulher souber que o seu marido tem uma doença que ela pode contrair durante as relações sexuais, acha que isso justifica que ela lhe pede de utilizar um preservativo durante as relações sexuais?	SIM . . . . . 1 NÃO . . . . . 2 NÃO SABE 8	
744	Acha que se justifica que uma mulher recusa de ter relações sexuais com o seu marido porque ela está cansada ou não tem vontade?	SIM . . . . . 1 NÃO . . . . . 2 NÃO SABE 8	
745	Acha que se justifica que uma mulher recusa ter relações com o seu marido porque ela sabe que ele tem relações sexuais com uma outra mulher?	SIM . . . . . 1 NÃO . . . . . 2 NÃO SABE 8	
746	Acha que os rapazes deveriam esperar o casamento para ter relações sexuais?	SIM . . . . . 1 NÃO . . . . . 2 NÃO SABE/DEPENDE 8	
747	Acha que a maioria dos rapazes que conhece, esperam o casamento para ter relações sexuais?	SIM . . . . . 1 NÃO . . . . . 2 NÃO SABE/DEPENDE 8	
748	Acha que homens não casados/união e que têm relações sexuais deveriam ter relações sexuais apenas com uma única parceira?	SIM . . . . . 1 NÃO . . . . . 2 NÃO SABE/DEPENDE 8	

Nº	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS E CÓDIGOS	PASSE A
749	Acha que maioria dos homens que conhece que não são casados e/ou em união e que têm relações sexuais, tenham-as apenas com uma única parceira?	SIM 1 NÃO . . . . 2 NÃO SABE/DEPENDE 8	
750	Acha que os homens casados/união deveriam ter relações sexuais apenas com as suas mulheres/parceiras?	SIM . . . . 1 NÃO . . . . 2 NÃO SABE/DEPENDE 8	
751	Acha que a maioria dos homens casados/união que conhece, têm relações sexuais apenas com as suas mulheres/parceiras?	SIM . . . . 1 NÃO . . . . 2 NÃO SABE/DEPENDE 8	
752	Acha que as raparigas deveriam esperar o casamento para ter relações sexuais?	SIM . . . . 1 NÃO . . . . 2 NÃO SABE/DEPENDE 8	
753	Acha que a maioria das raparigas que conhece, esperam o casamento para ter relações sexuais?	SIM . . . . 1 NÃO . . . . 2 NÃO SABE/DEPENDE 8	
754	Acha que mulheres não casadas/união e que têm relações sexuais deveriam ter relações sexuais apenas com um único parceiro?	SIM . . . . 1 NÃO . . . . 2 NÃO SABE/DEPENDE 8	
755	Acha que a maioria das mulheres que conhece, que não são casadas e que têm relações sexuais, têm relações sexuais apenas com um único parceiro?	SIM . . . . 1 NÃO . . . . 2 NÃO SABE/DEPENDE 8	
756	Acha que as mulheres casadas/união deveriam ter relações sexuais apenas com os seus maridos/parceiros?	SIM . . . . 1 NÃO . . . . 2 NÃO SABE/DEPENDE 8	
757	Acha que a maioria das mulheres casadas/união que conhece, têm relações sexuais apenas com os seus maridos/parceiros?	SIM . . . . 1 NÃO . . . . 2 NÃO SABE/DEPENDE 8	

SECÇÃO 8. OUTROS PROBLEMAS DE SAÚDE

Nº	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS E CÓDIGOS	PASSE A
801	Alguma vez ouviu falar de uma doença chamada **tuberculose**?	SIM . . . . 1 NÃO 2	 → 806
802	Como é que a tuberculose se transmite de uma pessoa para a outra? **INSISTA:** Outras (vias) maneiras mais? **"ANOTE TUDO QUE FOR MENCIONADO"**	POR AR, QUANDO ALGUÉM INFECTADO TOSSE . . A PARTILHANDO UM UTENSÍLIO . . . . . B CONTACTO COM ALGUÉM INFECTADO . . . . . C ATRAVÉS DE ALIMENTO . . . . . D POR CONTACTO SEXUAL . . . . . E PELA PICADA DOS MOSQUITOS . . . . . F OUTRO ________ . . . . . X (ESPECIFIQUE) NÃO SABE . . . . Z	
803	Pode-se curar a tuberculose?	SIM . . . . 1 NÃO . . . . 2 NÃO SABE 8	
804	Se um membro da sua família estiver infectado com a tuberculose, gostaria que isso ficasse em segredo ou não?	SIM . . . . 1 NÃO . . . . 2 NÃO SABE/DEPENDE 8	
806	Agora, gostaria de lhe fazer algumas perguntas concernente à problema de saúde. Nos últimos 12 meses, foi-lhe aplicado uma injecção por qualquer razão? **SE SIM**: Quantas injecções lhe foram aplicadas? SE O NÚMERO DE INJECÇAO FOR SUPERIOR A 90, OU FOI FEITA DIARIAMENTE DURANTE UM PERÍODO DE 3 MESES OU MAIS, DEVE-SE ASSINALAR "**90"** **CASO HAJA UMA RESPOSTA NÃO NUMÉRICA, INSISTA PARA OBTER PELO MENOS UMA ESTIMAÇÃO.**	NÚMERO DE INJECÇÕES . . . [ ][ ] NENHUM 00	 → 810
807	Entre essas injecções, quantas foram feitas por um médico, uma enfermeira, um farmaceutico, um dentista, ou por um outro agente de saúde? **SE O NÚMERO DE INJECÇÕES É SUPERIOR A 90, OU SE AS INJECÇÕES ERAM DIÁRIAS DURANTE 3 MESES OU MAIS, REGISTE '90'** **NO CASO DE RESPOSTA NÃO-NUMÉRICA, INSISTA PARA OBTER UMA ESTIMATIVA.**	NÚMERO DE INJECÇÕES . . . [ ][ ] NENHUMA 00	 → 810
808	A última vez que tomou uma injecção feita por um agente de saúde, aonde foi para tomar a injecção? **INSISTA PARA IDENTIFICAR O TIPO DE LUGAR E CIRCULE O CÓDIGO APROPRIADO.** **SE NÃO CONSEGUIR DETERMINAR SE O HOSPITAL, O CENTRO DE SAÚDE, OU A CLÍNICA É UM ESTABELECIMENTO PÚBLICO OU PRIVADO, INSCREVA O NOME DO LUGAR.** ________ **(NOME DO LUGAR)**	**SECTOR PÚBLICO** HOSPITAL . . . . 11 CENTRO DE SAÚDE . . . . . . 12 POSTO DE SAUDE . . . . 13 OUTRO PÚBLICO ________ 16 (ESPECIFIQUE) **SECTOR PRIVADO** HOSPITAL/CLÍNICA PRIVADA MÉDICO PRIVADO . . . . 21 GABINETE/CLÍNICA DENTÁRIA . . 22 FARMÁCIA . . . . 23 GABINETE/DOMICÍLIO ENFERMEIRO, TÉCNICO DE SAÚDE . . . . 24 OUTRO PRIVADO ________ 26 (ESPECIFIQUE) **OUTRO LUGAR** A DOMICÍLIO . . . . 31 OUTRO ________ 96 (ESPECIFIQUE)	
809	A pessoa que lhe fez a injecção, tomou a seringua e a agulha num pacote novo e que não era aberto?	SIM . . . . 1 NÃO . . . . 2 NÃO SABE 8	
810	Actualmente, você fuma algum cigarro/charuto?	SIM . . . . 1 NÃO 2	 → 812
811	Nos últimos 24 horas, quantos cigarros/charutos fumou?	CIGARROS . . . . [ ][ ]	
812	Actualmente, fuma ou utiliza outro tipo de tabaco?	SIM . . . . 1 NÃO 2	 → 814
813	Qual o outro tipo de tabaco que fuma ou utiliza actualmente? **"ANOTE TUDO QUE FOR MENCIONADO"**	CACHIMBO . . . . A TABACO PARA MASCA . . . . B TABACO PARA CHEIRAR . . . . C OUTRO ________ . . . . . X (ESPECIFIQUE)	

Nº	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS E CÓDIGOS	PASSE A
814	Você é beneficiado da assistência médica e medicamentosa, ou seja, possui um seguro de saúde?	SIM . . . . 1 NÃO 2	 → 816
815	Qual o tipo de assistência médica e medicamentosa que benefia, ou seja, que tipo de seguro de saúde? **"ANOTE TUDO QUE FOR MENCIONADO"**	SEGURANÇA DE SAÚDE COMUNITÁRIO . . A SEGURANÇA DE SAÚDE NO EMPREGO B SEGURANÇA SOCIAL . . . . C OUTRA SEGURANÇA PRIVADA . . . . . . D OUTRO ______________ . . . . . X (ESPECIFIQUE)	
816	**CONFIRA 214:** CRIANÇAS MAIS NOVA (O-17 ANOS) ☐ ↓ OUTRO ☐ →		→ 818
817	Agora, vamos falar dos seus próprios filhos que têm menos de 18 anos de idade. Tomou previdências para que alguém toma conta (dele/deles), se você ficasse doente ou se não pode mais tomar conta dele(s)?	SIM . . . . 1 NÃO . . . . 2 NÃO SABE/INSEGURO 8	
818	Para além dos seus próprios filhos, você tem na sua responsabilidade de outras crianças de menos de 18 anos?	SIM . . . . 1 NÃO 2	 → 820
819	Tomou previdências para que alguém toma conta (dessa/dessas ciança(s)) caso ficasse doente ou se não pode mais, tomar conta dela(s)?	SIM . . . . 1 NÃO . . . . 2 NÃO SABE/INSEGURO 8	
820	**ANOTE A HORA DO FIM DA ENTREVISTA**	HORA . . . . ☐☐ MINUTOS . . . . ☐☐	